MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Departamento de Apoio à Descentralização

1.ª Expogest – Mostra Nacional de Vivências Inovadoras de Gestão no SUS

Prêmio Eleutério Rodriguez Neto

Eixo 3: Condução do Sistema de Saúde

Resumos dos Trabalhos e Grandes Conversas

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília - DF
2006

© 2006 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 2006 – 10.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Departamento de Apoio à Descentralização
Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede,
3º andar, sala 350
CEP: 70058-900, Brasília – DF,
Tels: (61) 3315-3442 / 3315-3480
Fax: (61) 3226-9737
E-mail: dad@saude.gov.br
Home page: http://www.saude.gov.br

Coordenação:
André Luiz Bonifácio de Carvalho
Lumena Almeida Castro Furtado

Organizadores da Publicação:
Raquel Turci Pedroso
Renata Barbosa Santos

Gabriela Jacarandá Alves
Iandara de Moura Silva
Simone Barcelos dos Santos
Simone Lacerda Pedersoli
Stefanie Kulpa

Projeto Gráfico:
Tatiana Nassif Derze

Revisão de Texto:
Rejane de Meneses
Yana Palankof

Colaboração:
Fundação Nacional de Arte – FUNARTE

Parceria:
Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS
Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS
Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização.
1.ª Expogest: Mostra nacional de vivências inovadoras de gestão no SUS: prêmio Eleutério Rodriguez Neto: eixo 3: condução do sistema de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
345 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

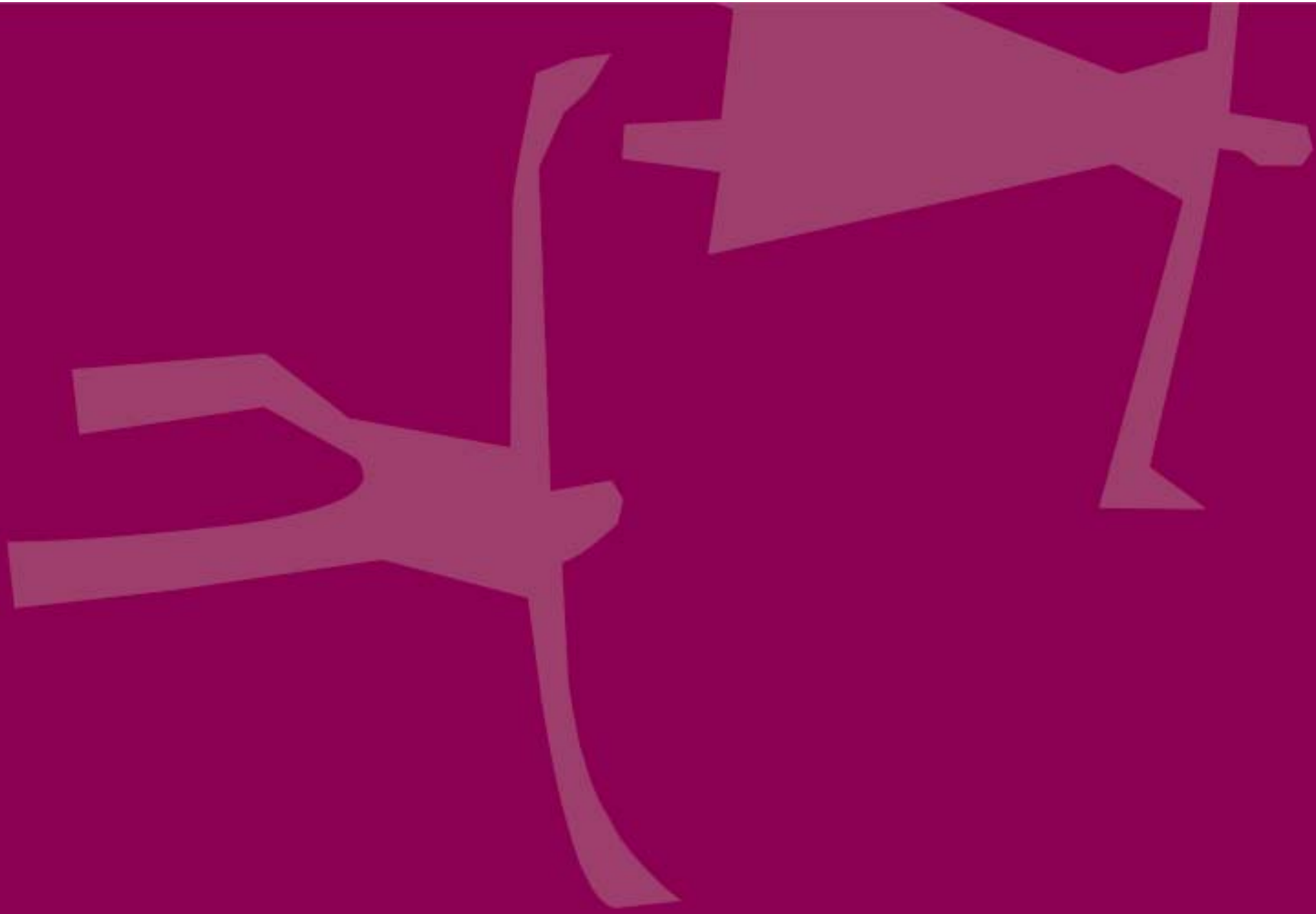
ISBN 85-334-1271-1

1. Sistemas de saúde. 2. Política de saúde. 3. Sistema Único de Saúde. I. Título. II. Série.

NLM W 84

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2006/1279

Títulos para indexação:
Em inglês: 1.st Expogest: National Exhibition of Innovative Management Experiences in the SUS: Eleutério Rodriguez Neto Prize: Axis 3: Health System Conduction
Em Espanhol: 1.ª Expogest: Muestra Nacional de Vivencias Innovadoras de Gestión en el SUS: Premio Eleutério Rodriguez Neto: Eje 3: Conducción del Sistema de Salud



APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

No período de 04 a 07 de junho de 2006 o Ministério da Saúde, através da Secretaria Executiva com coordenação do Departamento de Apoio à Descentralização (DAD), em articulação com todas as áreas do MS e tendo como parceiros a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), realizou em Brasília a 1ª EXPOGEST – Mostra Nacional de Vivências Inovadoras de Gestão do SUS.

Este conjunto de 3 publicações é dedicado à divulgação das experiências apresentadas e vivenciadas na 1ª EXPOGEST - Mostra Nacional de Vivências Inovadoras de Gestão do SUS, na qual foram definidos três eixos temáticos que orientaram a organização do evento, a inscrição dos trabalhos e a elaboração destas publicações. Cada eixo corresponde a uma revista. São eles:

- Eixo 1: Organização da atenção integral em saúde;
- Eixo 2: Gestão do cuidado em saúde;
- Eixo 3: Condução do sistema de saúde.

Mas a história deste evento não pode ser contada a partir do momento de sua realização, pois o seu desenho teve início em meados de 2005 e contou com intensas horas de trabalho e reflexão sobre o momento desse grande encontro, no qual o diálogo, a conversa e a troca das experiências no campo da gestão fossem os objetivos a serem alcançados. Para tanto o Departamento de Apoio à Descentralização buscou realizar uma articulação com as diversas áreas do Ministério da Saúde aproveitando ao máximo as outras experiências já construídas. Com os parceiros, foram definidos os temas e as formas de acolher todos aqueles que nos grandes centros ou nas pequenas cidades, nas regiões urbanizadas ou nos lugares mais longínquos, estavam produzindo e apresentando mudanças na gestão do SUS.

Conhecer as diferenças, respeitar a diversidade, aprender com a experiência do outro, acreditar que o que cada um e todos fazem na busca da qualificação da gestão são movimentos importantes para a consolidação do SUS. Isto orientou o trabalho de preparação da EXPOGEST.

O desenho da Mostra buscou facilitar a criação de espaços de conversa e troca, colocando os trabalhos inscritos no centro das atividades. Como os trabalhos foram inscritos sob a forma de vídeos, fotos, teatros e apresentações musicais, foram criados espaços específicos para cada tipo de apresentação, o que possibilitou discussões e reflexões importantes sobre cada experiência.

Para facilitar o aprofundamento das discussões em torno de cada eixo foram criadas as *Grandes Conversas*, assim como 27 rodas de conversa que tiveram seus temas definidos a partir de cada eixo. As *Grandes Conversas* referentes à cada eixo estão reproduzidas neste conjunto de publicações.

A adesão dos gestores e profissionais da saúde à EXPOGEST superou todas as expectativas. Contamos com a participação de 27 estados e um conjunto grande de municípios o que nos leva a afirmar que " o Brasil veio a Mostra". Na 1ª Expogest pudemos ver, sentir, vivenciar e experienciar um pouco do muito que se está fazendo para a consolidação do SUS no Brasil.

No intuito de incentivar o empenho de todos na qualificação do processo de gestão do SUS foi instituído o Prêmio Eleutério Rodriguez Neto que revelou a qualidade dos processos de gestão do SUS em diferentes espaços, com atores compromissados com os princípios do SUS.

A convivência nos diversos espaços criados serviram para confirmar que a prática do diálogo, da cooperação e da

solidariedade são fundamentais para manter vivos os nossos ideais e fortalecermos nossa posição de defesa da saúde como direito de cidadania.

Por fim a 1ª Expogest somou como espaço de reflexão sobre a necessidade que temos de persistir e resistir na defesa intransigente da saúde como uma política pública inclusiva que contribua para a construção de uma sociedade mais justa e solidária.

Estas publicações possibilitam a divulgação de forma mais ampla das experiências apresentadas na Mostra, contribuindo para a qualificação deste processo cotidiano de construção do SUS, envolvendo tantos atores, em cada pedaço deste grande e plural território brasileiro.

José Agenor Álvares da Silva
MINISTRO DA SAÚDE

SUMÁRIO

SUMÁRIO

Ordem alfabética por autor

19 :: Introdução

25 :: Grandes Conversas

41 :: Resumos

41 :: Adeilson Moreira Campos Junior - *Sistema de monitoramento da programação pactuada e integrada*

43 :: Adriana Galdino Batista - *Reorganizando o fluxo dos agendamentos de média complexidade: uma experiência de sucesso no município de Jequié*

45 :: Alberto Luiz Alves de Lima - *SUS: a experiência da Secretaria de saúde do Recife quanto à identificação e procedência do usuário a partir do acompanhamento da produção ambulatorial*

47 :: Alberto Luiz Alves de Lima - *Implantação de um plano de agendamento em especialidades clínicas em um distrito sanitário do Recife no ano de 2004: relato de experiência*

48 :: Alberto Luiz Alves de Lima - *Sistema de marcação de consultas da Secretaria de saúde do Recife*

50 :: Alberto Luiz Alves de Lima - *Implantação da central de regulação da Secretaria municipal de Saúde do Recife (2006)*

52 :: Alberto Luiz Alves de Lima - *Protocolo operacional para regulação de saúde da prefeitura do Recife (Abril - 2006)*

53 :: Alcione Bastos Alves - *Experiência de implantação de uma central de regulação estadual*

55 :: Alessandra Pimentel de Sousa - *A central de marcação local de São Gonçalo do Amarante (CE) e a melhoria da qualidade dos serviços de média complexidade*

56 :: Alessandra Pimentel de Sousa - *A utilização do setor de controle, avaliação, regulação e auditoria (C.A.R.A.) como instrumento de gestão inovadora: a experiência no município de São Gonçalo do Amarante (CE)*

57 :: Alessandra Rodrigues Moreira de Castro - *Sistema de ensino online*

PREMIADO 59 :: Alfredo José Monteiro Scaff - *O programa de qualificação da saúde suplementar no Brasil: resultados 2003-2004*

60 :: Alide Marina Biehl Ferraes - *Programa de educação em diabetes mellitus tipo I*

62 :: Allan Nuno Alves de Sousa - *Planos estaduais de monitoramento e avaliação da atenção básica: uma estratégia para a melhoria da gestão do SUS*

63 :: Aluísio Gomes da Silva Júnior - *Projeto parceiros da cidadania*

64 :: Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha - *Uma nova forma de selecionar trabalhadores de saúde*

66 :: Ana Letycia Crêspo de Senna Carvalho - *Gestão da saúde sob a ótica do ciclo de vida e da situação de saúde da cidade de Paulista (PE)*

68 :: Ana Lúcia Carvalho de Oliveira - *O processo de seleção por competências no Centro de Vigilância Aanitária (Ses/RJ)*

70 :: Ana Lúcia Pereira - *Idéias & imagens na gestão SUS: regionalização*
71 :: Ana Valéria Escolástico Mendonça - *Uma nova visão administrativa para o Crio na perspectiva de atendimento do paciente oncológico do SUS*
73 :: Anamaria Schneider - *Regionalização e gestão compartilhada do SUS*
74 :: Andhressa Araújo Fagundes Romeiro - *Avaliação da implantação do sistema de vigilância alimentar e nutricional (Sisvan) no Brasil*
75 :: André Fróes Nachtergaele - *Banda Cubas*
77 :: André Luis Bonifácio de Carvalho - *Implantação da central de marcação de consultas e exames no município de Campina Grande (PB): a construção de um instrumento de regulação e melhoria no acesso dos usuários do SUS na segunda macro-região de saúde da Paraíba*
79 :: André Luis Bonifácio de Carvalho - *Projeto da rede de qualificação das ações do programa saúde da família em Campina Grande: a idéia, os desejos e as possibilidade de transformação*
81 :: André Luis Bonifácio de Carvalho - *Projeto idéias & imagem da gestão do SUS: pacto pela saúde*
82 :: Angela Maria Blatt Ortiga - *O gestor estadual na política de ciência & tecnologia em saúde: a experiência de Santa Catarina*
84 :: Antonio Carlos Onofre de Lira - *Idéias & imagens na gestão SUS: regulação*
86 :: Antonio Cloves dos Santos Cantanhede - *Vivências da implantação do GIL na casa do idoso*
88 :: Aristel Gomes Bordini Fagundes - *Organização e funcionamento do sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS)*
90 :: Augusto Afonso Guerra Junior - *Biblioteca virtual em economia da saúde (BVS Ecos)*
92 :: Aureo dos Santos - *Performance: matriz estratégica para avaliação de sistemas municipais de saúde*
94 :: Carlos Aparecido Teles Drisostes - *O uso do indicador margem de contribuição por procedimento como ferramenta de gestão*
96 :: Carmem Célia Pinheiro André - *Projeto saúde a distância*
98 :: Claunara Schilling Mendonca (Org) - *Curso básico de regulaçãao, controle, avaliação e auditoria do SUS como eixo estruturante da política nacional de regulação*
100 :: Cleide Nazaré da Silva Ledo - *Modernização gerencial hospitalar na Amazônia*
102 :: Clementina Corah Lucas Prado - *Implantação da central de marcação de consultas no DF: uma experiência em regulação do acesso assistencial*
104 :: Dácio de Lyra Rabello Neto - *Implantação das novas versões do Sim e Sinasc: uma mudança de paradigma*
106 :: Dario Francisco Olivet Salles - *Credenciamento universal: alternativa de modalidade contratual de serviços de saúde junto aos prestadores do SUS*
109 :: Deborah Dourado Lopes - *Um relato de experiências - a realização de seminários regionais na Bahia: um olhar sobre o financiamento das ações de saúde através de convênios*
111 :: Departamento Nacional de Auditoria do SUS - *Sistema de auditoria*
113 :: Eglê Santos e Santos - *A implantação do plano estadual de monitoramento e avaliação da atenção básica no Amapá: a importância do apoio institucional*
114 :: Elaine Maria Giannotti - *Diretrizes para programação pactuada e integrada da assistência*
116 :: Elaine Maria Giannotti - *Idéias & imagens da gestão SUS: programação pactuada e integrada*
117 :: Elisa Toledo de Mesquita Sampaio - *Relação de um município em gestão plena do sistema com uma santa casa conveniada com o SUS*
119 :: Elisabeth Sasso Simões - *Programa parceria resolve: uma nova relação com os hospitais*
120 :: Elisabeth Sasso Simões - *Satisfação do usuário SUS no Rio Grande do Sul: uma pesquisa inédita*

121 :: Eliza Amélia de Miranda Nogueira - *Planejamento estratégico do núcleo estadual do Ministério da Saúde em Santa Catarina: uma nova forma de comunicação*
123 :: Emerson Ricciardi de Souza - *Programa nacional de gestão de custos (PNGC)*
125 :: Emerson Ricciardi de Souza - *Metodologia de estimação de gasto por faixa etária: o caso da saúde da criança*
127 :: Érika Guerrieri Barbosa - *Casa unimed: promovendo saúde*
129 :: Eugenio Luiz Lazarotto - *Seminário integração hospitalar*
131 :: Fabiano Vieira Vilhena - *Kit escovinha: inovação e planejamento em ações de saúde bucal coletiva no SUS*
133 :: Fausto Pereira dos Santos - *A política de qualificação da saúde suplementar no Brasil: um a nova perspectiva de regulação*
134 :: Flávio Sá Gameiro - *Gestão do subsistema de vigilância da saúde na SES/RJ: implantação do planejamento e programação no centro de vigilância epidemiológica da Secretaria de estado de saúde do Rio de Janeiro*
136 :: Gabriela Jacarandá Alves - *Observatório de saúde da Amazônia legal: ampliando conhecimento para tomada de decisão*
137 :: Gabriella Morais Duarte Miranda - *Referência e contra-referência em Jaboatão dos Guararapes: um processo em construção*
139 :: Gilson Caleman - *Política de qualificação da saúde suplementar: qualificação institucional da ANS*
140 :: Guilherme Böck - *Avaliação do atendimento prestado pelos serviços de saúde: pesquisa junto à população da importância para melhoria do atendimento e da relação com os usuários*
141 :: Hernandes Pires dos Reis - *Sistema de gestão financeira e de convênios (Gescon)*
143 :: Hernandes Pires dos Reis - *Cadastramento de pré-projetos pela internet*
145 :: Hugo Costa Filho - *Programa de combate à raiva na fronteira Brasil-Bolívia*
147 :: Ida Vanessa Doederlein Schwartz - *Doença de gaucher no SUS: delineando estratégias para promoção do uso racional de imiglucerase*
149 :: Ilara Hammerli S. de Moraes - *Selo de qualidade da informação em saúde: uma estratégia da Secretaria de estado de saúde do Rio de Janeiro para fomento da melhoria da qualidade da informação*
PREMIADO 151 :: Inês Kultchek Marty - *O desafio dos contratos pactuados de gestão (responsabilização desde o nível local)*
153 :: Ingrid Jann - *A (re)organização dos serviços de saúde no estado do Rio de Janeiro: a busca por novas práticas na implementação da rede de centrais de regulação*
155 :: Ionara Ferreira da Silva - *Descentralização das ações de vigilância sanitária no estado do Rio de Janeiro*
156 :: Isabel Cristina Aparecida Stefano Pellizzari - *Iniciando um processo de co-gestão*
158 :: Jair Francisco Pó - *Desenvolvimento e implantação de um sistema de informação hospitalar como instrumento de avaliação dos hospitais da administração direta da Secretaria de estado da saúde de São Paulo - Fase I: desenvolvimento e implantação de instrumento web para captação de dados de produção assistencial*
159 :: Jane Sescatto - *Inovasus Curitiba*
161 :: Jane Suely de Melo Nóbrega - *Avaliação qualitativa dos processos de gestão, planejamento e execução como ferramenta para o diagnóstico das ações em saúde pública*
163 :: Joaniza de Freitas Vale Batista - *Glas: um jeito novo de avaliar a saúde em Mossoró*
164 :: João Batista Oliveira Maia - *Programa saúde mais perto de você: fortalecimento dos hospitais pólos*

165 :: João Veiga Leitão de Albuquerque Filho - *Implantação da referência e contra-referência em Olinda*
167 :: Jorge Otavio Maia Barreto - *Regulação, controle e avaliação no sistema municipal de saúde: a experiência de Piripiri*
169 :: José Francisco Sousa - *Implantação da central de marcação de consultas e exames especializados de Patos: "mais saúde e menos fila"*
171 :: José Luiz Viana da Silva - *Gestão em tempos de crise: uma experiência africana; um prêmio nobel da paz - relato de experiência*
173 :: José Roberto Barreto Saraiva - *Gestão pela vida*
175 :: José Roberto Barreto Saraiva - *Viva a criança*
PREMIADO 177 :: Joseane Fatima da Silva Biazus - *Monitoramento e avaliação da atenção em saúde no município de Matelândia (PR)*
179 :: Joseane Mota Bonfim - *Pegadas: pegadas: uma estratégia de participação popular para a elaboração das ações de saúde no município de Amargosa (BA)*
181 :: Josefa Lusitânia de J. Borges - *O acesso inter-referência (A.I.): uma ferramenta estratégica para gestão da pactuação*
182 :: Josenalva Pereira da Silva Sales - *Planejamento participativo em saúde*
184 :: Josiane Terezinha Hentz Schneider - *Prevenção e combate ao câncer de próstata*
186 :: Josimari Telino de Lacerda - *Plano estadual de saúde: o desafio da constituição dos sujeitos na construção de projetos democráticos*
187 :: Josué da Silva Sicsú - *Contextualização da prática do enfermeiro de PSF com enfoque na participação popular*
189 :: Kátia Cristina Guimarães Correia da Silva - *Analisando o tempo de permanência de 6 hospitais públicos de Pernambuco em comparação com os parâmetros do SUS utilizando os dados do SIH/SUS*
191 :: Kátia Cristina Guimarães Correia da Silva – *Estudo comparativo do custeio das internações de 6 hospitais de Pernambuco com base nos parâmetros de repasse do SUS*
193 :: Kátia Luciene Ramos Rodrigues - *Sistema de planejamento, monitoramento e avaliação das ações em saúde (Sisplam)*
195 :: Kátia Regina Ern - *Plano de qualificação da atenção à saúde na Amazônia legal: horizontes e perspectivas*
196 :: Leane de Carvalho Machado - *Sub-utilização do sistema de informação da atenção basica*
198 :: Leane de Carvalho Machado - *SMonitoramento e avaliação da atenção básica na Secretaria de estado da saúde de Sergipe*
200 :: Lídia Tobias Silveira - *A construção do plano diretor de vigilância sanitária: um processo inovador de gestão*
202 :: Lígia Regina Vidigal - *Esta máquina não pode parar...*
204 :: Luciano Alencar Silva - *Sistema de monitoramento e avaliação de convênios da Secretaria de saúde do estado do Tocantins (Gescon)*
205 :: Luciano Teixeira Rocha - *A auditoria como articuladora da melhoria da qualidade da assistência*
207 :: Luís Ribeiro - *Plano de investimento do Grupo Hospitalar Conceição: democratização da gestão, participação e transparência*
209 :: Luiz Augusto Pereira - *Sistema estadual de transplantes do estado de São Paulo*
212 :: Luiz Odorico Monteiro de Andrade - *Redes assistenciais, inteligência de gestão e inteligência epidemiológica para tomada de decisão no modelo de atenção integral à saúde: o caso de Fortaleza (CE - Brasil)*
214 :: Lumena Almeida Furtado - *Café com idéias: uma ação de educação permanente na saúde*

215 :: Lumena Almeida Furtado - *Cadernos de informação sobre gestão em saúde: instrumento de apoio à cooperação técnica intergovernamental*
217 :: Lumena Almeida Furtado - *Apoio à gestão descentralizada do SUS: estratégia para qualificação da gestão do SUS*
219 :: Magna Renyldes Nojosa Oliveira - *Microrregiões de saúde e acesso à atenção secundária no Ceará*
220 :: Maire Rose de Sousa Silva - *Inovação no processo de dispensação de medicamentos disponibilizados pelo programa de medicamentos de dispensação em caráter excepcional no estado de Alagoas*
221 :: Maja Cristina Toledo Alves - *O despertar em saúde para a comunidade rural*
222 :: Márcia da Luz Motta - *Programa pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde*
223 :: Márcia Regina Ebert - *Os consórcios intermunicipais de saúde como instrumentos de cooperação no controle, avaliação e auditoria das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS*
225 :: Marcio Nascimento de Oliveira - *Sistema de organização para modelos assistenciais do SUS (Somasus)*
227 :: Marcus Seade - *Auditoria das internações hospitalares em Curitiba: uma nova abordagem*
229 :: Maria Artemisa Barbosa - *Planejamento participativo da PPI da assistência do estado do Amazonas no ano de 2005*
231 :: Maria Cicera da Silva Alves - *Construção coletiva do pacto dos indicadores da atenção básica do estado de Sergipe*
233 :: Maria Cristina Rolim Baggio - *Transformando a gestão*
235 :: Maria do Carmo Cabral Carpintéro - *Várzea participa: a construção de um novo modelo de gestão do SUS em Várzea Paulista*
237 :: Maria do Carmo Gomes Kell - *O trabalho em equipe no programa de saúde da família: um estudo de caso*
239 :: Maria do Carmo Paixão Rausch - *Implementação e utilização de instrumento informatizado para acompanhamento da PPI assistencial*
241 :: Maria do Carmo Paixão Rausch - *Implantação do sistema estadual de regulação de Minas Gerais (SUSFácilMG)*
243 :: Maria Irene Bachega - *Ouvidoria HRAC/USP: 6 anos abrindo canais*
244 :: Maria Irene Bachega - *Humanização: a dimensão hospitalar do HRAC/USP*
245 :: Maria Irene Bachega - *Todas as nossas idéias contra o desperdício*
246 :: Maria Neura Antunes - *Repensando a atuação do núcleo estadual do Ministério da Saúde no Ceará: uma estratégia de ação*
248 :: Maria Neura Antunes - *Projeto de fortalecimento do SNA municipal através de ações de cooperação técnica: descentralizando o SNA no estado do Ceará como estratégia de consolidação do SUS*
250 :: Maria Sílvia Robaina de Sousa Lessa - *Núcleos de informação e documentação em saúde (Nids): buscando a eqüidade no acesso a informação e a documentação em saúde*
251 :: Marília Pereira Dias - *Monitoramento das equipes do programa de saúde da família no município de Macaíba (RN)*
252 :: Marina Ferreira de Medeiros Mendes - *O desafio de construir uma proposta metodológica de monitoramento e avaliação da atenção básica: relato de uma experiencia de gestão na região norte do país*
253 :: Mário Pontes Luz - *Agendamento ambulatorial*
254 :: Marlene Zucoli - *Avaliação, auditoria e regulação para melhoria da atenção à saúde em unidades assistenciais do SUS*

254 :: Martha de Britto Souza Ferreira - *O processo de implantação da coleta do quesito cor na Secretaria estadual de saúde do estado do Rio de Janeiro*
258 :: Miriam Nogueira Barbosa Andrade - *Auditoria da qualidade do PSF em Ribeirão das Neves (MG): atuação do agente comunitário de saúde*
260 :: Miriam Nogueira Barbosa Andrade - *Sexualidade, DST/Aids e saúde mental*
262 :: Mirian Miranda Cohen - *As ações essenciais de vigilância sanitária no estado do Rio de Janeiro sob a ótica das necessidades de saúde da população: o desafio de conhecer e agir*
264 :: Nilcema Figueiredo - *Centros de especialidades odontológicas (Ceos) no município do Recife (PE): avaliação de desempenho*
266 :: Nilcema Figueiredo - *Avaliação do nível de satisfação dos usuários das urgências odontológicas da cidade do Recife*
268 :: Núbia Borges - *Projeto farmácia viva*
270 :: Orlando Cândido dos Passos - *Prática de gestão de custos decisoriais por setor, procedimento e patologia (Processos)*
273 :: Oscar Capistrano - *Intrumentalização do processo de regulação: a experiência de Caruaru através do Infocras*
275 :: Pablo Almeida Rocha - *Preenchimento da sala de situação de uma área rural de Planaltina (DF)*
277 :: Patrícia Aparecida Lamana Costa Longa – *Resignificando o SIAB no município de São Paulo*
279 :: Patrícia Tavares Ribeiro - *Projeto descentralização online*
281 :: Paulo Vicente Bonilha Almeida - *A experiência do município de Hortolândia (SP) na mudança do modelo de gestão de seu hospital: da gestão através de uma OSS para um convênio de gestão com uma universidade pública*
283 :: Raquel Agibert Thomal - *AuditaSUS Curitiba*
285 :: Roberto Mardem Soares Farias - *A avaliação de desempenho e o pacto de gestão com trabalhadores e equipe: "que os bons tenham esperança..."*
287 :: Rodrigo de Oliveira Danza - *E-@utorizador: sistema de autorização, controle e avaliação de internação hospitalar e procedimentos de alta complexidade*
289 :: Rosana Aparecida Garcia - *Gestão participativa e colegiada de uma unidade básica de saúde: ampliando possibilidades de gestão*
291 :: Samia Abdul Samad - *Vacinação da população em áreas de difícil acesso: rompendo a barreira das desigualdades sociais em saúde*
292 :: Sandra Cristina Oliveira Santos - *Uma nova proposta de pactuação para fortalecimento da atenção básica do estado do Tocantins (2006)*
294 :: Sheila Maria Santiago Borges - *Estudo sobre o funcionamento das unidades básicas de saúde no município de Fortaleza após a implantação do registro eletrônico*
296 :: Sheila Maria Santiago Borges - *Conhecendo a opinião do usuário do Cartão saúde cidadão/ registro eletrônico em Fortaleza (CE)*
298 :: Silvana do Amaral Veríssimo - *Mulheres negras e HIV/Aids*
299 :: Silvana Márcia Pinheiro Santos Coelho - *Implantação da central de regulação: importância da construção conjunta dos protocolos de regulação entre as unidades de saúde e a Secretaria de saúde do estado*
301 :: Silvio Carlos Cury - *A eficácia da ação dos serviços públicos no controle dos óbitos e sepultamentos (Foz do Iguaçu - PR) no período de 1996 a 2002*
303 :: Sindkrei Paixão de Oliveira - *Rede de bibliotecas e unidades de informação cooperantes da saúde - Brasil (Rede BiblioSUS)*
305 :: Sonia Aparecida Alves Sbarra - *Desenvolvimento e implantação de um sistema de informação hospitalar como instrumento de avaliação dos hospitais da administração direta*

da Secretaria de estado da saúde de São Paulo - Fase II: avaliação da qualidade das informações

307 :: Sônia Maria Machado de Souza - *Sistema de medicamentos excepcionais*

309 :: Soraia Roges Jordy Sant Ana - *Sistema de monitoramento das ações governamentais em saúde: mecanismo de avaliação e acompanhamento dos programas do PPA (Plano plurianual) da Secretaria de estado da saúde do Tocantins*

311 :: Stênio Dias Pinto Rodrigues - *A experiência do plano de investimentos (PI) do GHC: uma estratégia de democratização da gestão no SUS*

313 :: Sueli Leiko Takamatsu Goyatá - *Perfil da demanda espontânea de usuários dos serviços de saúde no município de Alfenas (MG)*

315 :: Suely Andrade - *Saúde da população negra: o desafio de efetivar a equidade no SUS*

316 :: Tamara Iwanow Cianciarullo - *Uma nova estratégia em foco - o programa de saúde da família: identificando as suas características no cenário do SUS*

322 :: Tânia da Costa - *Elaboração do plano de ação e metas em DST/Aids de Diadema com a participação de atores socias governamentais e não-governamentais*

324 :: Tania Maria Barbosa Lopes de Bei - *Reorganização do sistema de agendamento de consultas especializadas e exames de apoio diagnóstico e terapêutico da Secretaria de saúde de Santo André (SP)*

326 :: Tânia Maria Sulzbach Muller - *Acompanhamento de projetos de monitoramento e avaliação da atenção básica*

327 :: Tereza Adriana Miranda de Almeida - *Implantação do núcleo de educação popular em saúde*

329 :: Tereza Adriana Miranda de Almeida - *Implantação do núcleo de geoprocessamento*

331 :: Terezinha Guedes Rego de Oliveira - *Como um girassol: girando e gerando oportunidades no plano municipal de saúde em Natal*

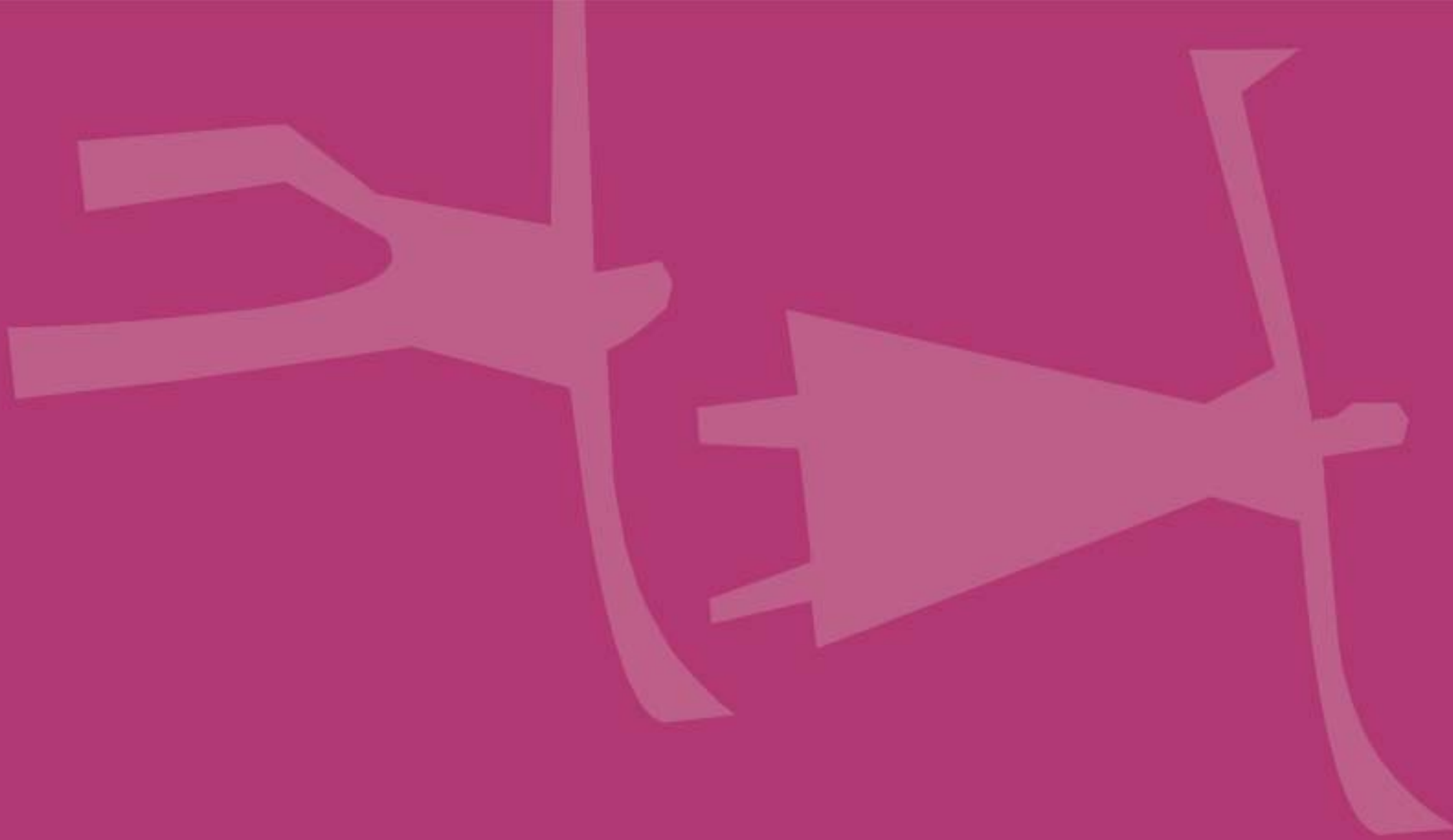
333 :: Tiago Feitosa de Oliveira - *Programa de reestruturação e contratualização dos hospitais filantrópicos do SUS (Recife - 2006)*

335 :: Wallace de Medeiros Cazelli - *Certificação das equipes de saúde da família do Espírito Santo*

PREMIADO 337 :: Washington Luiz Abreu de Jesus - *SUS-Alagoinhas: um modelo de gestão/atenção à saúde para a (trans) formação de sujeitos e coletivos*

338 :: Washington Luiz Abreu de Jesus - *Protocolos assistenciais no município de Alagoinhas (BA): uma experiência de regulação na atenção básica para a busca da eqüidade e da integralidade*

339 :: Williani Lika Akashi Inoue - *A experiência de um contrato com Oscip na área de psiquiatria*



INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização (DAD) e em conjunto com todas as suas Secretarias e áreas; em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com a colaboração da Fundação Nacional de Arte do Ministério da Cultura (FUNARTE/MC), promoveu a 1ª EXPOGEST - MOSTRA NACIONAL DE VIVÊNCIAS INOVADORAS DE GESTÃO NO SUS e o *Prêmio Eleutério Rodriguez Neto,* de 04 a 07 de junho de 2006, em Brasília/DF.

A 1ª EXPOGEST pretendeu divulgar e premiar vivências de gestão desenvolvidas por equipes do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde, Secretária Municipais de Saúde, Serviços de Saúde. Incluíam-se ainda instituições de ensino, organizações não governamentais, Conselhos de Saúde e Movimentos Sociais que participam ou participaram de vivência na formulação e desenvolvimento de práticas de gestão inovadora e transformadora.

Teve como objetivo mobilizar os atores de gestão do SUS, fortalecer o processo de gestão descentralizada e compartilhada entre as três esferas de governo e de destacar os esforços de mudança, inovação e transformação na gestão, visando superar obstáculos que têm dificultado a consolidação do SUS.

A constituição do SUS parte do conceito de saúde que implica a complexidade, a diversidade e a amplitude da produção da vida. Portanto, a gestão do SUS deve buscar dar conta de pensar e organizar um sistema de saúde que corresponda ao conceito abrangente de saúde como expressão da qualidade de vida.

Nesse sentido, foi adotado como dimensão para análise das vivências os princípios norteadores do SUS como a universalidade, integralidade e eqüidade.

A universalidade compreendida como a possibilidade de fazer a gestão do sistema de saúde de forma inclusiva e dando conta das necessidades de saúde da população nas suas distintas expressões e dimensões, oportunizando acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade.

A integralidade como um princípio de organização contínua do processo de trabalho, permitindo a ampliação da leitura e intervenção sobre os problemas enfrentados pelos usuários. A organização dos serviços no sentido de realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população. Nessa perspectivs a integralidade da atenção à saúde envolve a idéia da clínica ampliada, segundo a qual o centro da atenção se desloca do profissional isolado para a equipe responsável pelo cuidado; e da doença para a pessoa que corre o risco de adoecer, para os modos como ela adoece e para a realidade em que ela vive. Envolve o trabalho em equipe multiprofissional, a ação intersetorial, o conhecimento e a capacidade de trabalhar com as informações epidemiológicas, demográficas, econômicas, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas de impacto regional, estadual e nacional.

A equidade trazendo o elemento diferenciador com o tom da priorização das ações e sua respectiva gestão e a identificação da integralidade com a organização dos serviços e das práticas de saúde na busca de uma necessária e efetiva horizontalização e articulação entre as ações presentes nos serviços de saúde.

Os trabalhos inscritos reveladores de práticas de gestão capazes de direcionar a política de saúde para a efetivação dos princípios do SUS com qualidade foram sistematizados nos seguintes eixos:

EIXO 1 – Organização da Atenção Integral em Saúde.
EIXO 2 – Gestão do Cuidado em Saúde
EIXO 3 – Condução do Sistema de Saúde

PRÊMIO ELEUTÉRIO RODRIGUEZ NETO

O Prêmio "Eleutério Rodriguez Neto" da 1ª EXPOGEST - MOSTRA NACIONAL DE VIVÊNCIAS INOVADORAS DE GESTÃO NO SUS, representou um incentivo às vivências inovadoras e transformadoras na gestão, relacionadas ao SUS e ao reconhecimento do mérito dos atores envolvidos.

Tendo como referência os resumos dos trabalhos e a apresentação dos pôsteres durante a mostra foram atribuídos quatro prêmios por eixo temático, totalizando 12 (doze) premiações e mais uma feita através de votação direta dos participantes da mostra. O prêmio correspondeu a um recurso financeiro no valor de R$10.000,00 a cada trabalho premiado, sendo metade para o autor e a outra metade para a instituição onde a vivência se realizou.

Eleutério Rodriguez Neto[1]

Nasceu em Campinas (SP), em 21 de Julho de 1946.

Graduou-se em medicina, em 1970, pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília/UnB. Na universidade teve a oportunidade de conviver com um conjunto de pessoas igualmente inquietas e em busca de novas alternativas de organização pedagógica, acadêmica e social. Como também a oportunidade de uma prática participativa, compartilhando responsabilidade que transcendia aos estudos individuais. Tratava-se de construir uma nova Universidade para um Brasil novo. A experiência foi fundamental para sua formação pessoal, para seu interesse na área pedagógica e na saúde, por seus aspectos sociais e coletivos.

Em 1971, cursou na mesma faculdade residência em Clínica Médica, uma área mais abrangente em termos de formação, sem desvincular-se do compromisso com o tipo de abordagem que se pretendia imprimir ao ensino médico na Universidade de Brasília.

Interrompeu o segundo ano de residência para cursar o mestrado em Medicina Preventiva na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/FMUSP. Esse foi outro grande marco de sua vida profissional, pois tomou contato com um novo instrumental de abordagem dos problemas médico-sanitários, a chamada medicina social, mediada pelas próprias Ciências Sociais, que o orientaram para sua prática profissional e docente.

Entre 1972 e 1973, foi professor do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP.

Em 1979, tornou-se mestre em Medicina Preventiva pela mesma faculdade com a dissertação *Integração Docente Assistencial em Saúde.*

Em 1974, impossibilitado de ingressar no corpo docente da USP por censura política, foi trabalhar no Núcleo de Tecnologia Educacional para Saúde (NUTES), da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, onde estava sendo implantado, mediante cooperação técnica com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), o Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional em Saúde (CLATES).

Formalmente sua carreira docente iniciou-se na UFRJ. Em 1975, foi admitido por concurso público interno, de prova e títulos, para professor assistente da UFRJ.

No CLATES desenvolveu a atividade de consultor de recursos humanos, influenciando tanto os programas de pós-graduação da UFRJ, como muitos outros projetos de reforma de ensino da saúde no Brasil e em vários países da América Latina.

Em 1980, ingressou no Ministério da Previdência e Assistência Social, como Coordenador de Planejamento e Estudos da Secretaria de Serviços Médicos até 1982. Foi destacada sua atuação na formulação do "Plano de Reorientação de Assistência à Saúde Previdenciária", elaborado pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981. Representando o Ministério da Previdência e Assistência Social, integrou a Comissão de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil e a Comissão Nacional de Residência Médica.

Entre 1983 e 1984, atuou no INAMPS, como Diretor do Departamento de Planejamento, onde estruturou as Ações Integradas de Saúde (AIS).

Eleutério desempenhava estas atividades com competência e afinco e era marcante sua motivação política e ideológica, com grande capacidade de formulação política e com um discurso claro e determinado. Desenvolveu neste período intensa articulação entre grupos docentes e pesquisadores nas universidades, e gestores e técnicos nos serviços de saúde, destacando-se como uma liderança do movimento sanitário brasileiro, já então denominado de movimento pela Reforma Sanitária.

Participou da criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e foi presidente da entidade entre 1980/1981 e 1991/1993 e vice-presidente na gestão 1994/1996. Em 1986 passou a integrar seu Conselho Consultivo. Foi membro do Conselho Editorial da Revista do CEBES de 1987 a 1991.

Foi vice-presidente da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), gestão 1986/1987.

Na Nova República foi indicado como Secretário Geral do Ministério da Saúde quando, a partir de um espaço privilegiado, participou da organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ainda nesse período, representou o país no Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Em 1986, passou a exercer uma função de acompanhamento da ação governamental no campo social, como subchefe para acompanhamento da Ação Governamental do Gabinete Civil da Presidência da República. Ao mesmo tempo, dedicou-se à organização do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, onde desenvolveu intenso e produtivo trabalho de assessoria parlamentar aos constituintes em relação ao capítulo da Seguridade social. Ocupou

[1] Memórias, Memorial - Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro/RJ - nº 28 – p. 100-104, julho 2003.

também a função de diretor do Centro de Estudos Avançados e Multidisciplinares da UnB.

Em 1990 foi deslocado da UFRJ para a UnB, onde foi professor adjunto IV no Departamento de Saúde Coletiva.

Nesse mesmo ano foi admitido por concurso de provas e títulos como assessor legislativo da Câmara dos Deputados.

Na esfera do Poder Legislativo contribuiu para a causa da saúde e da criação e consolidação do SUS.

Entre 1975 e 1995 desenvolveu múltiplas consultorias para a Organização Pan-americana da Saúde (OPS/OMS) em Washington, D.C., EUA, PAHO/HQ, Genebra, Argentina, Colômbia, Equador, Honduras, Costa Rica, México, Chile, Bolívia, Peru, Brasília, Quebec/Canadá, Rio de Janeiro.

COMO FOI A MOSTRA

Estiveram presentes na Mostra 2.800 pessoas implicadas com a gestão do SUS, de diversas regiões do Brasil, compartilhando as suas práticas e vivências.

A estrutura e organização da Mostra buscou privilegiar espaços múltiplos de debate, troca e reflexão crítica sobre as vivencias compartilhadas, se diferenciando do formato de congressos.

Durante os quatro dias da EXPOGEST, os participantes transitaram pelos diversos espaços constituídos.

No primeiro dia contou-se com a presença de Ariano Suassuna, escritor e dramaturgo, que versou sobre "Saúde no Imaginário Popular", ajudando a desvelar as lacunas do conhecimento que separam os cuidadores da saúde, da população que necessita dos serviços de saúde. Nas Grandes Conversas, nos dias subseqüentes, ao final da tarde, convidados dialogaram com os trabalhos expostos, de acordo com os eixos: Organização da atenção integral em saúde – Amélia Cohn, Eugênio Vilaça Mendes e Rubem Mattos; Gestão do cuidado em saúde – Adalberto Barreto, Célia Regina Pierantoni e Maria Luisa Jaeger; Condução do Sistema de Saúde – Carmem Teixeira, Francisco de Assis Machado e Rogério de Carvalho.

Durante todos os dias, ocorreram simultaneamente, a exposição permanente dos pôsteres e a apresentação dos trabalhos em outros formatos: exposição de fotos e de artes; vídeos; sistemas de informação em saúde; teatro/dança e apresentação musical. Aconteceram também as Rodas de Conversa, organizadas de acordo com os eixos e os seus respectivos temas.

Na sala dos pôsteres, os 846 trabalhos foram expostos de acordo com os temas específicos de cada eixo para melhor visitação e discussão pelo público e pelos autores dos trabalhos dos temas afins. Além da exposição dos pôsteres, duas mostras enriqueceram esse espaço: Festival Internacional de Humor DST/Aids e a Mostra Sociedade Viva – Violência e Saúde, Módulo do sertão à favela: da exclusão à inclusão.

Nas duas salas de vídeos foram organizadas sessões de exposição de 59 vídeos relacionados aos três eixos da mostra. Cada um dos vídeos foi exibido em dois horários diferentes, de forma a possibilitar o acesso a esta atividade ao maior número possível de participantes da mostra. Além dos vídeos correspondentes a trabalhos inscritos na EXPOGEST foram exibidos vídeos institucionais e documentários relacionados aos eixos da mostra, encaminhados por diferentes áreas do Ministério da Saúde e por organizações não governamentais ligadas aos movimentos sociais da área da saúde.

Na sala de exposições, ocorreu a mostra permanente de fotos de 82 trabalhos e exposição de objetos de arte, referentes a 08 trabalhos.

Na sala de sistema informatizado, foram apresentados 23 trabalhos referentes a sistema de informação em saúde.

Na Tenda Cultural foram apresentados projetos que, através da arte, contribuem para a melhoria da gestão no SUS, do cuidado com o usuário do serviço, a formação de agentes de saúde, e a arte como um meio de transmissão de conhecimentos. As manifestações artísticas foram facilitadoras do encontro entre os participantes.

A maioria das peças inscritas foi informativa sobre determinadas doenças e maneiras de prevenção, como DST/AIDS, tuberculose, e sobre o Sistema Único de Saúde. Somente uma delas tratava sobre o uso do teatro na formação de agentes comunitários.

As Rodas de Conversa constituíram momentos de compartilhamento das vivências/experiências entre os participantes Mostra, com um facilitador para mediar e organizar e um relator para registrar a conversa. As rodas ocorreram durante dois dias da Mostra, sendo que no segundo dia os subtemas se repetiam. Os participantes se inscreveram nas Rodas de Conversa por interesse demonstrada pelos conteúdos dos eixos temáticos e foram disponibilizadas 38 vagas para cada sala.

27 subtemas fizeram parte das rodas:

EIXO 1- Organização da Atenção Integral em Saúde

1. Território e Regionalização
2. Estratégias para a Integralidade na Atenção à Saúde
3. Organização da Rede de Serviços de Saúde
4. Intersetorialidade na Organização da Atenção
5. Ações de Vigilância em Saúde
6. Consórcios em Saúde
7. Modelos de Atenção à Saúde
8. Ações de Promoção da Saúde

EIXO 2 - Gestão do Cuidado em Saúde

1. Humanização e Acolhimento
2. Equipes Multiprofissionais e Relações entre Gestores, Profissionais de Saúde e Usuários
3. Gestão do Trabalho
4. Cuidando de Cuidadores
5. Educação na Saúde
6. Articulação com Movimentos Sociais e Populares
7. Ações para a Promoção da Eqüidade
8. Ações de Planejamento do Cuidado do Cidadão

EIXO 3 - Condução do Sistema de Saúde

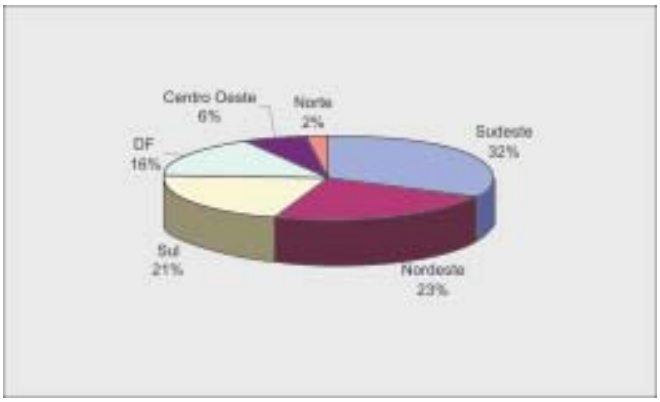
1. Financiamento em Saúde
2. Pacto de Gestão
3. Programação Pactuada e Integrada
4. Regulação
5. Controle e Auditoria
6. Informações em Saúde
7. Planejamento em Saúde
8. Gestão Participativa
9. Instâncias Colegiadas de Gestão
10. Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS
11. Ouvidoria

Trabalhos por Eixo

Dos trabalhos aprovados, a maioria se refere ao Eixo 2 – Gestão do Cuidado em Saúde, com 49%, em seguida do Eixo 1 – Organização da Atenção Integral em Saúde, com 31% e do Eixo 3 – Condução do sistema de Saúde, com 20% do total dos trabalhos.

Trabalhos por região

Do total de 846 trabalhos aprovados, destaca-se a região sudeste com 32%, em seguida as regiões nordeste e sul, com 23% e 21% dos trabalhos, respectivamente.



GRANDES
CONVERSAS

café com idéias
café com idéias

GRANDES CONVERSAS

FALA INICIAL DO COORDENADOR DE MESA

Dr. Sílvio Fernandes da Silva – Médico e Doutor em Saúde Pública, Secretário de Saúde de Londrina e Presidente do Conasems

Gostaria, em nome do CONASEMS, de agradecer o convite para coordenar esta mesa e cumprimentar os participantes. Acho que nós estávamos habituados a mesas-redondas tradicionais, agora já temos o Café com Idéias, já temos a Grande Conversa. Acho que isso faz parte da inovação do SUS. Isso é muito bom. Aliás, é muito condizente com este encontro que traz tantas experiências inovadoras e que serão aqui premiadas.

FALAS INICIAIS DOS FACILITADORES

Carmen Teixeira -- Professora de Planejamento e Gestão em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Coordenadora do Mestrado Profissional em Gestão de Sistemas de Saúde do mesmo Instituto

Essa Grande Conversa me fez recordar a primeira vez que eu participei de um debate sobre a questão da Gestão do SUS, que foi exatamente em 1991, numa mesa-redonda organizada na Escola Nacional de Saúde Pública, na Fiocruz, e dela participava o Gastão Wagner.

Fiquei pensando na composição da mesa e achei que o mais interessante seria trazer um pouco da minha visão como docente, na área de planejamento e gestão, há cerca de 25 anos, e como Coordenadora de Mestrado Profissional e do Curso de Especialização na área de Gestão de Sistema de Saúde nos últimos anos, experiência que me tem colocado muito em contato com o debate que vem ocorrendo sobre isso. Tanto no âmbito federal, por meio dos trabalhos que temos feito com o Ministério da Saúde, como no âmbito estadual, trabalhando com o Conass, e no âmbito municipal, já que, atualmente, estou assessorando a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e também já trabalhei várias vezes com o Conasems.

Quando penso na condução do SUS, na gestão do SUS, o que considero mais importante hoje é a necessidade de redefinição de identidades e compromissos. Na verdade, coloco a perspectiva de pensar o processo de gestão muito mais como um processo de formação de sujeitos, na linha que Mário Testa, planejador argentino, nos convocou a pensar nos últimos seis anos. A discussão em torno desse pensamento no coloca que mais importante do que as tecnologias gerenciais, do que o processo gerencial, é o tipo de sujeito, as pessoas e as instituições que estão conduzindo o sistema em direção à imagem-objetivo que é construída como parte de um projeto político, em nosso caso, o SUS.

O objetivo desta apresentação é exatamente enfocar algumas questões que tenham a ver com essa temática da formação, da constituição do sujeito, da gestão na nossa realidade de saúde. Estou tratando de três tipos de identidade, sendo a primeira a identidade institucional: estamos passando por um processo de mudança institucional com a redefinição de funções e competências das várias esferas de governo em relação ao SUS, por conta do processo de descentralização, de um lado, e da criação de agências executivas, de outro. Hoje é um desafio se pensar a questão da missão das organizações gestoras na área de saúde. Há uma outra dimensão da identidade que é profissional: hoje passamos também pela necessidade de um processo de mudança dos perfis dos gestores, quer dizer, do ponto de vista do perfil de competências cognitivas, competências técnicas e de valores que eles compartilham no processo de gestão. Também acrescentei uma identidade pessoal, já que nós estamos num momento de muita crise do ponto de vista ético, político. Mais do que nunca, é necessário que recuperemos alguns princípios, alguns valores que nos unificam, que nos fazem perceber, que nos fazem sentir...

parte dessa identidade coletiva, como pessoas, que assumiram o desafio de construir um sistema como o SUS no Brasil.

Vivemos em um contexto de transformações caracterizado por Dreyfus – um sociólogo recentemente falecido – que contempla tanto a globalização da economia quanto a planetarização da política e a mundialização da cultura. Estamos vivendo esse momento em que o global e o local estão completamente interligados, então eu posso pensar a gestão do SUS, mas também eu tenho de pensá-la em nível local. E talvez na linha do Paulo Roberto Mota, que também trabalha com esse tema, podemos pensar hoje um modelo organizacional, em termos de gestão do SUS, muito mais próximo de uma holografia do que propriamente de uma pirâmide ou de redes.

Em cada nível do sistema é preciso repensá-lo como um todo, e esse é o grande desafio para os gestores, as pessoas que estão conduzindo esse sistema nesse contexto tão conturbado que nós vivemos. Do ponto de vista da dimensão institucional, há toda uma problemática que vivemos hoje e que é discutida nos cursos de Gestão de Sistema de Saúde, com relação às contradições, vamos dizer assim, às aproximações e distâncias entre o processo de reforma sanitária e a realidade. Um processo de construção de Estado implica responsabilização deste com relação à saúde como um direito. O processo de reforma gerencial que o sistema público no Brasil atravessou, durante os anos 1990, teve efeitos, como a criação das Agências Reguladoras, das Agências Executivas e com toda a inter-relação entre o público e o privado no âmbito do Sistema Público de Saúde.

Eu queria frisar os aspectos das tecnologias de gestão de que hoje nós dispomos. Quando há 15 anos sentávamos numa mesa para conversar sobre a gestão do SUS, era tão pobre a discussão do ponto de vista dos conhecimentos e das tecnologias! Eu estava na época coordenando o Curso de Gerência de Distritos Sanitários em Salvador, com apoio da cooperação italiana, e me inspirei muito no Ítalo Calvino – um escritor italiano que dizia quais seriam as lições que o século XX deixaria para o próximo milênio – e falava na época das características que o gestor deveria ter: flexibilidade, leveza, criatividade, etc. Foi a forma que eu encontrei de me apoiar para pensar o futuro da gestão do sistema naquele momento. Hoje não. Hoje temos muito mais condições, e esta Mostra revela isso. Eu estava circulando pelos *stands* e percebendo o quanto os trabalhos apresentados neste evento refletem a incorporação de conhecimentos e tecnologias, de métodos, instrumentos e técnicas ao processo de gestão do sistema e dos serviços de saúde em vários níveis.

Temos avançado no debate sobre a base territorial do sistema, da intersetorialidade, da incorporação do enfoque epidemiológico na gestão, no planejamento situacional, na gerência por projeto objetivo, na administração de conversação. Ou seja, tudo isso que chamamos de gestão participativa, de envolvimento de outros atores sociais na construção de mudanças nas práticas de saúde nas unidades, nos sistemas microrregionais, nos sistemas municipais e estaduais e na própria institucionalização da cultura da avaliação.

No eixo temático em que me concentrei um pouco mais, dois temas aparecem com força – a questão da regulação e do debate acerca da auditoria, do controle e da avaliação. Essa é uma temática emergente. Recentemente concluí uma revisão da base Lilacs dos últimos cinco anos sobre a produção científica nessa área, e realmente esse é um dos temas que está ganhando espaço em todo o debate nesse campo. Há uma busca que o Ministério está tentando fazer de institucionalização da cultura da avaliação, avaliação de eficiência, de efetividade, de custo-benefício, de qualidade, no âmbito dos serviços de saúde.

Finalmente, para concluir, temos a dimensão ético-política, a dimensão pessoal que procuramos estimular durante os processos de formação de gestores e que eu acredito que esteja sendo estimulada aqui neste evento. Quando o Ministério da Saúde, quando o Departamento de Apoio à Descentralização reúne tantas pessoas, mais de 2 mil pessoas, para que conversem, para que troquem experiências, para que conheçam e respeitem o que cada um está tentando fazer em seu município, em seu estado, está contribuindo para a consolidação e a formação desses valores – valores de solidariedade, de respeito à diferença, de reaprender a conversar, de reaprender a sonhar, que é mais ou menos o que eu estou querendo colocar na última dimensão das identidades a serem reconstruídas. Estou me baseando num livro que li recentemente do Edgard Morin, *Educar para o futuro*, na qual me inspirei e adaptei para a área da saúde. Nessa perspectiva, o que precisamos pensar e reproduzir na nossa prática cotidiana, na nossa relação de trabalho, na nossa relação com os alunos, com os futuros gestores, ou com os gestores que vêm fazer Curso de Atualização e Especialização na academia, como é o caso do espaço em que eu atuo, pode ser traduzido no verso de uma canção do Gonzaguinha: "Aprender a ser um eterno aprendiz".

A velocidade das transformações no mundo contemporâneo, inclusive na área de planejamento e gestão, exige que estejamos aprendendo todo dia. Ou, para ser até mais poético, esteja desaprendendo, como diria o grande poeta mato-grossense Manoel de Barros, que diz, "desaprender todos os dias, me ensina os princípios". Então é preciso, realmente, deixar para trás tudo aquilo que já não nos serve mais e ver todos os dias com a possibilidade de aprender a construir o futuro.

É preciso também reaprender a conversar. Nossa cultura da velocidade, dos sinais fechados, é uma cultura em que esquecemos de ouvir o outro. Reaprender a conversar é ouvir o outro, é ouvir a si mesmo, esse outro que cada um tem dentro de si e que é formado das nossas experiências, das nossas relações, dos nossos amores, das nossas frustrações, das nossas aspirações e sonhos. Parece que estou fazendo poesia, mas não é só isso não. Se vocês forem ler um dos textos mais recentes do Javier Uribe Rivera, professor da Escola de Saúde Pública, ele chama a atenção sobre a necessidade da gestão comunicante. Ele está trabalhando com a Teoria das Conversações, que é um tema da Filosofia Política Contemporânea, aproveitando a contribuição da lingüística para discutir como é que o gestor atua administrando conversações que se passam no cotidiano da organização onde ele trabalha.

E, finalmente, resgatar e desenvolver algumas práticas fundamentadas em valores como respeito à diferença, responsabilidade, liberdade de escolha, preservação e defesa da vida, consciência da complexidade e preocupação com o destino planetário. Pode parecer que não tem nada a ver com esse evento, mas eu vi vários trabalhos aqui que refletem exatamente a consciência desses valores. Tem trabalhos na área de vigilância ambiental que recuperam o que o Milton Terris chamaria do "novo ecologismo". Tem trabalhos sobre a questão da violência, um deles inclusive me fascinou, sobre a violência contra idosos que revela quanto das estatísticas são de violência doméstica contra idosos. Isso significa um avanço extraordinário, no sentido de dar visibilidade a esse problema que muitas vezes está completamente silenciado no cotidiano das nossas instituições.

E, finalmente, gostaria de comentar algo sobre a questão do multiculturalismo, chamando a atenção para o avanço que temos tido na Gestão do SUS, com a formulação de uma Política de Saúde do Índio, a chamada Lei Arouca, mesmo com todas as dificuldades de implementação. Temos também o avanço com a formulação e a implementação das Políticas de Saúde da População Negra. Em Salvador, que é a cidade mais negra do Brasil, onde 84% da população é afro-descendente, estamos fazendo um esforço desesperado para trabalhar de forma transversal com toda essa discussão da saúde da população negra. Fizemos recentemente a 8ª Conferência Municipal de Saúde lá, e eu participei do grupo de saúde da população negra exatamente porque eu queria conhecer os interlocutores da Secretaria com relação a essa temática. E um dos pontos que mais me impressionaram, e eu quero deixar aqui registrado, é a queixa que as pessoas representantes das religiões de matriz africana fizeram com relação à atuação dos agentes comunitários de saúde. Eles entram na casa das pessoas e quando percebem que ali existem pessoas que professam uma outra religião que não a evangélica, ou a católica, eles as rejeitam e não conseguem desenvolver o seu trabalho na área de saúde. Em vista disso, e de muitos outros problemas decorrentes da existência de preconceito, intolerância e dificuldade de lidar com as diferenças, foi lançado, na Bahia, o Programa de Combate ao Racismo Institucional. Para mim, isso faz parte de toda a problemática e de todos os desafios que os gestores hoje têm de pensar num país multicultural, multiétnico, num país complexo, heterogêneo, desigual como o nosso.

Rogério Carvalho – Mestre e Doutor em Saúde Coletiva, Ex-Secretário de Saúde de Aracaju

Este é um tema que, para todos os gestores, incomoda muito. Porque no cotidiano acabamos lidando com todas as tecnologias de gestão, mas sempre fica um vazio. O que está faltando? O que nós não estamos conseguindo captar na realidade para a tomada de decisão? Fruto dessa inquietação de um coletivo, que foi o nosso coletivo na Secretaria Municipal de Saúde, vimos refletindo inquietações diversas, fragmentos decorrentes das inquietações das pessoas que fazem o cotidiano da gestão e que a vemos também aqui no encontro.

Começamos a perseguir quais as variáveis ou categorias que são centrais na gestão, que estão em todos os processos de gestão e em todos os lugares onde a fazemos. Então, a primeira pergunta é: quando fazemos gestão, debruçamo-nos sobre o quê? Sobre os resultados, sobre os objetivos, sobre os problemas? Que dimensão da realidade tomamos para poder organizar a gestão? Na nossa experiência, para fazer gestão é fundamental definir qual ou quais são os objetos da gestão. Então, a primeira questão central é: qual é o objeto da gestão? É a saúde? Nós vamos fazer gestão da saúde? Nós vamos fazer gestão da atenção à saúde da família? Nós vamos fazer gestão da atenção psicossocial? Nós vamos fazer gestão do sistema de saúde, que é diferente de cuidado? Nós vamos fazer gestão do quê?

Se eu defino um objeto, para cada um temos uma série de outras questões que são importantes e que sempre vão estar presentes. Quais são essas questões que, no nosso modo de ver, do nosso coletivo, acabamos identificando e separando? Um: os atores, os sujeitos. Por exemplo, algo que incomodava a todos nós é que em nenhum lugar se dizia que os radialistas faziam saúde pública, mas todos os dias de manhã eles nos pautavam e definiam o que nós faríamos ao longo da semana de alguma forma.

Porque o debate ia para o rádio, o debate ia para a rua, o debate ia para vários lugares, e isso acaba interferindo na condução, no cotidiano do processo de gestão de uma secretaria de um órgão público que está exposto. Então, os atores não são aqueles que conseguimos identificar no espaço formal da gestão. Os atores são aqueles que estão na sociedade, que têm interesse, que têm relacionamento com o objeto, o objeto da saúde. Nós às vezes dizíamos assim: mas o que sabe essa pessoa, esse radialista, sobre saúde? O verbo "saber" da pergunta está errado! Saúde faz parte do cotidiano, saúde faz parte da vida de todos, portanto o radialista tem todo o direito de se posicionar e achar o que bem entende e quer sobre a saúde. É preciso fazer o debate nesse espaço, e a gestão também está nele.

A primeira questão central para fazer gestão é que temos de discutir quais são os atores da gestão e com quais deles nós vamos interagir. Dois: quais territórios, em que território existencial ou território de produção social se constitui esse ator? De onde ele fala? Qual é o lugar dele? Ele fala do lugar do senso comum? Ele fala do lugar do partido político? Ele fala do interesse mais mesquinho da política? Ele fala do lugar da incivilidade? Ele fala de onde? Tem um território que produz esse ator e que produz a fala desse ator. Portanto, o todo deve ser considerado como território da gestão. No mesmo espaço, numa secretaria, você tem aquele que trabalha com urgência, e ele olha o mundo! Queiramos nós ou não, ele vai ver o mundo pela urgência, pelo cotidiano dele, pelo território no qual ele se constitui como sujeito. Na interação com o objeto cotidiano dele, ele vai se informar, ele tem um viés. Portanto, é fundamental olhar qual o lugar, qual o território. Uma instituição não está desprovida de instâncias, não está desprovida de hierarquia, ela tem instância formal. Tem espaço onde você toma decisão, onde você executa, onde você conduz as instâncias de gestão.

Três: os espaços de gestão. O que é que eu estou chamando de espaço de gestão? Poderia ser uma roda, os espaços permanentes, os espaços temporários, aqueles que você cria para tomar decisão sobre um determinado tema, aqueles que se repetem e que, portanto, são permanentes porque dizem respeito a uma negociação permanente sobre um determinado objeto. Numa organização, pode-se ter centenas de microssistemas de gestão, com vários atores e territórios, uma instância ou mais interagindo, portanto você vai conformar sistemas de gestões distintos.

E assim nós conformamos o modelo de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, onde, de certa maneira, se criou como regra respeitar o território e respeitar o lugar de fala do outro, os atores, os espaços de gestão, que é o lugar da tomada de decisão. E o objeto? É preciso ter clareza de qual objeto estamos falando, ou o que está pautado. Se nós vamos falar sobre a atenção à saúde da família, eu coloco um objeto, eu pauto os atores, e dirigimos, conseguimos discutir quais são, o que é, qual a ética que vai prevalecer na tomada de decisão. Passamos a ter uma mediação, que é o objeto.

E assim nós constituímos nosso sistema de gestão, com a definição de alguns objetos que para nós são fundamentais. Atenção à saúde da família, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada, atenção à urgência e à emergência, atenção hospitalar, no âmbito da atenção à saúde. Definiu-se a gestão de sistema como objeto com as suas áreas: contratualização, regulação, controle e avaliação, auditoria, pactuação, programação. São objetos que, para cada um deles, você vai pensar: quais são os instrumentos, quais são as tecnologias de gestão, quais os atores envolvidos, quais as instâncias, quem opera, quais são os espaços de gestão? Definimos aos poucos nosso modelo de gestão, nosso modo de produzir decisão e de conduzir a gestão. Isso nos permitiu ter muito mais liberdade, nós não mais decidíamos em função de um formalismo, de uma estrutura gestora, e sim do que era pautado cotidianamente, como um determinado caos administrado que representa a complexidade cotidiana de quem faz gestão.

Para concluir, nós temos alguns princípios: quando se trata de gestão na área da saúde, para definir o grande objeto, conformação do sistema, no nosso caso, tínhamos alguns marcadores para definir o lugar de cada um dos outros objetos, como íamos nos organizar e quais tecnologias de gestão utilizaríamos para isso. Acabam sendo marcadores que definem como nós vamos operar. E só para percebermos o que isso representou, nosso Centro de Educação Permanente se consolidou como um grande espaço de gestão, de fazermos contrato, de negociação, de tomada de decisão, de implementação de política e negociação.

Um dos princípios dessa lógica que vivenciamos é o de que todos os atores concentram poder e todos os sujeitos devem ser ouvidos: é o pacto decorrente da interação dos atores que constrói o rumo a ser perseguido.

Francisco de Assis Machado – Assessor do Ministério da Saúde

Eu tenho para mim que o que eu posso dar de contribuição é algo extraído da minha experiência e eu vou então apenas contar dois pequenos recortes dela que se inicia há muitos anos, em 1971. Tomarei como exemplo dois projetos que eu acho significativos e que eu tive a oportunidade de implantar e dirigir: um, durante cinco anos; o outro, na sua primeira fase, durante dois anos.

O de cinco anos se desenvolveu numa região pobre de Minas Gerais, o Vale do Jequitinhonha, e nesse período de 1971 a 1975, como vocês bem podem imaginar – aqueles que podem

imaginar, espero que muitos não se lembrem – foi um período muito difícil na história do Brasil, em que os projetos eram escritos pela burocracia, entregues com recursos bastante abundantes e com ordem para serem executados. Nesse projeto específico do Vale do Jequitinhonha, o principal programa era de erradicação do barbeiro e interrupção da transmissão da Doença de Chagas.

Fui encarregado, sem nenhuma experiência com programação, planejamento, orçamento, condução, gestão, etc., de pegar um papel escrito com metas definidas e implantá-lo numa região de mais ou menos 120 mil quilômetros quadrados, onde habitavam 600 mil pessoas. Minha responsabilidade era montar uma estrutura, que nós hoje poderíamos chamar de regional, uma Regional de Saúde, que deveria organizar e desenvolver todos os programas, que, além do controle de Chagas, incluía também o controle de hanseníase, vacinações, etc., programas tradicionais desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Intuitivamente, porque nessa época eu ainda não sabia absolutamente nada de gestão, eu pude, com uma certa rapidez, compreender que eu dependia daquelas pessoas que estavam ou que passariam a trabalhar comigo, aproximadamente sessenta.

Muito rapidamente, comecei a perceber que eu tinha de recorrer a elas para tomar uma decisão um pouco mais amadurecida. Em 1972, um ano depois do projeto, pude agregar a essa intuição algumas informações já dadas por uma reunião realizada em Brasília, iniciativa de um assessor da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), – chamado Eduardo Soler, que buscou no país dez ou doze experiências que tinham algo inovador, principalmente no que dizia respeito à gestão participativa. Foi quando conheci o Sérgio Arouca, que dirigia um projeto em Paulínia, e nós pudemos conviver e trocar algumas informações e aprender uns com os outros algumas coisas importantes em relação aos nossos próprios projetos.

O que eu quero contar é sobre a importância de pensarmos que um dos elementos, ou o elemento mais importante de qualquer condução, é a apropriação dos objetivos do projeto pelos seus atores, pelos atores que o vão desenvolver. Essa apropriação é que vai permitir a motivação e o interesse daquilo que nós chamamos de recurso humano, ou de força de trabalho em relação ao projeto. Esse é o elemento que eu considero principal. Ainda muito intuitivamente, nós criamos um conselho técnico administrativo, com representação dos funcionários, e uma assembléia semanal que passou a tomar conhecimento e ajudar nas decisões do próprio projeto. Com o amadurecimento, esse Conselho e essa Assembléia passaram também a opinar e a decidir sobre questões disciplinares, questões do trabalho, das próprias relações de trabalho dos funcionários com o projeto. Então eu queria enfatizar que aí, intuitivamente, e com algumas informações já trazidas pelo contato, o intercâmbio com outras experiências, nós pudemos apreender que uma questão fundamental na condução ou na gestão de qualquer programa ou projeto é a obtenção de um recurso humano suficientemente motivado e interessado nos destinos do próprio projeto. E isso me pareceu, mais tarde eu vim a compreender, que eu estava fazendo ali uma ação política, de buscar e trazer para o nosso lado pessoas que poderiam ter influência no desenvolvimento do projeto.

Outro projeto que eu quero contar um pouquinho da história foi o primeiro grande projeto nacional de experimentação da implantação do modelo do que nós hoje conhecemos como Atenção Primária de Saúde. Este se deu no Nordeste brasileiro, numa região de 23 milhões de habitantes, e da qual participavam dez estados. Encontramos esse projeto, naquele momento, ainda no papel e de certa forma imobilizado pelas discussões e pelos sucessivos seminários, quase intermináveis, nos quais se procurava desenhar um modelo chamado Piass, que era a sigla do projeto. Então ali se procurava definir, em reuniões, seminários, o tamanho de um Posto de Saúde, uma Unidade Básica, como é chamada hoje, uma Unidade Mista, qual o equipamento necessário, padronizado, qual equipe, que habilitação e capacitação deveria ter essa equipe, qual sua composição, tempo de treinamento, etc.

Enquanto se discutia, o projeto continuava no papel, porque eram muitas divergências, cada estado tinha uma proposta e, às vezes, cada instituição, porque além dos estados algumas instituições, sobretudo a Fundação Sesp, já tinham alguma experiência. Nessa época, já havia feito um Curso de Administração de Sistemas de Saúde e, portanto, já tinha alguns conceitos teóricos. A partir disso, decidimos por uma estratégia de permitir, de fornecer a cada estado um quantitativo de recursos e solicitar que esse estado desenvolvesse seu modelo Piass. E decidimos que todos os outros estados, juntamente com os Ministérios envolvidos – que eram quatro – passassem a acompanhar a experiência desenvolvida em cada um dos estados componentes do projeto.

Nessas reuniões mensais em cada estado, as reuniões foram sendo enriquecidas: a primeira era apenas uma avaliação do projeto; na segunda passamos a discutir temas mais amplos, como, por exemplo, recursos humanos. Depois, discutimos construções, reformas, equipamentos, e assim por diante. Mas o que foi mais evidente, o que ficou mais demonstrado, foi que essa série de reuniões permitiu uma mobilização política importante em 1978 e que nós, conscientemente, procuramos aproveitar, já que era um ano pré-eleitoral. Então, para as reuniões foram convidados também deputados e outros políticos.

Desse segundo relato, o que eu queria destacar de importante é que qualquer programa e projeto, para que ele

ganhe realidade e tenha condição de prosperar, precisa de uma sustentação política, da população – seria o melhor – ou senão pelo menos das suas representações legais e reconhecidas. Além disso, é preciso reforçar, que o que conseguimos foi resultado do espírito de equipe de todos os técnicos que militaram nesse programa. Conseguimos formar assim um conjunto, um grupo de pessoas que passou a se apropriar dos objetivos do projeto e também a trabalhar pela sua sustentação política.

Eu queria apenas aproveitar esses dois casos para dizer que na minha experiência, embora sem desprezar todos os aportes de inovações tecnológicas e científicas, eu aprendi que o importante é a capacitação do exercício da política para o desenvolvimento de qualquer coisa que se queira mudar. E estou vendo, para terminar, que, felizmente, as coisas acontecem de uma maneira que tendem a melhorar. Eu estou enxergando nesse evento – que é o primeiro do qual participo, pode ser que tenha havido outros – uma oportunidade propiciada pelo SUS para que as experiências originais e singulares se encontrem e possam, talvez, começar a constituir novos saberes a ser utilizados na consolidação do SUS que a população brasileira deseja.

Sílvio Fernandes da Silva

Queria aproveitar o momento e dizer que, quando me pediram para coordenar a Grande Conversa sobre Condução do Sistema de Saúde, fiz uma reflexão pessoal sobre este tema, além de ficar muito atento às três intervenções iniciais. Acho que ficaram claros alguns elementos importantes para a Condução do Sistema de Saúde. O primeiro é que a condução implica buscar determinada direcionalidade. O processo de Condução do Sistema de Saúde implica criar condições para que haja ou para que se construa direcionalidade para a gestão. Nesse sentido, o elemento da liderança, o conceito de liderança para a Condução do Sistema de Saúde, me parece fundamental.

Na gestão, temos um conjunto de atores que interagem; um conjunto de racionalidades diferentes que se manifestam e um conjunto de interesses distintos que aparecem. Nesta interação de diferentes atores, de diferentes interesses, de diferentes racionalidades e percepções, penso que é fundamental haver condução desse processo que concilie, que dê legitimidade aos interesses que devem prevalecer e que sejam condizentes com os princípios do SUS. O Sistema de Saúde não é conduzido independentemente de uma doutrina e de princípios, e são eles que devem dar o norte, que devem dar direção à Condução do Sistema. Então, quando procuramos identificar quais são os sujeitos e os atores que têm a responsabilidade de dar essa direção, é fundamental que esses sujeitos e esses atores tenham claro que existe um conjunto de princípios que deve ser considerado. A pergunta que faço é a seguinte: será que é importante definir de quem é a responsabilidade desta Condução? Qual é o ator que planeja? Quando falamos de gestão participativa, e é tão fundamental que ela exista, assim como o planejamento participativo, gestões colegiadas... Mas a liderança desse processo de mudanças precisa ser mais claramente estabelecida. E esse papel cabe a quem? Quem lidera a condução desse processo e de que maneira incorpora outros sujeitos e outros atores? O segundo ponto, que também foi muito bem abordado, é que é preciso que haja clareza do diagnóstico da situação. O processo de mudança que implica a Condução do Sistema de Saúde deve ter dois elementos claramente estabelecidos: Onde estamos? Qual é o diagnóstico situacional? Onde queremos chegar? Para onde queremos ir? E as falas nos deixaram claro que entre o "onde estamos" e o "para onde queremos ir" existem ambientes, existem situações que encerram dificuldades, oportunidades, fortalezas, debilidades, linguajar habitual do planejamento, do planejamento estratégico. Essa condução, sendo feita na direção correta, precisaria também visualizar com a maior clareza possível esses ambientes complexos e dinâmicos que encerram o processo de gestão.

O Rogério começou falando de um tema que também me chama muito a atenção, sobre como somos pautados por diferentes atores e sobre a legitimidade dessa pauta. Ele se referiu aos radialistas, à imprensa. De fato, eles nos pautam todos os dias, o apagar de incêndios, os temas novos, as agendas novas que chegam com as diferentes interferências que ocorrem no processo de gestão, tudo isso tem de ser considerado. São legítimos, importantes, temos de considerar todos, mas acho que é preciso diferenciar aqueles que têm a ver com a direção correta e aqueles que precisam ser reinterpretados. Enfim, são apenas algumas contribuições para essa conversa.

CONSIDERAÇÕES DOS PARTICIPANTES

Participante 1 – SE

Sou da Secretaria de Estado de Saúde de Sergipe e também faço parte do Programa de Pós-Graduação sobre Saúde Coletiva. Fico pensando na discussão sobre o Pacto de Gestão. A professora Sarah Escorel chamou a atenção para o fato de que o elemento central seria o Pacto pela Vida. A primeira questão que nós colocamos agora para podermos discutir é

essa dificuldade de entendimento da maioria desses documentos quando chega nos nossos municípios, sendo que grande parte deles tem menos de 200 mil habitantes, com fragilidade técnica, com dificuldade de entendimento. E nós vemos também que, nas grandes discussões, fica a dúvida: será que o mais importante é o Pacto pela Vida ou o Pacto de Gestão? Fica no limbo uma das primeiras fases do ciclo de planejamento, que é identificar quais são os problemas, fazer uma correta análise da situação da saúde, identificar para onde ela quer ir e, junto, ter a capacidade de escutar todos esses atores.

Então, nas diretrizes do Pacto está escrito, no item quatro, a questão do planejamento do SUS, e os pontos pactuados são: ouvir a necessidade de saúde da população; integrar os instrumentos; institucionalizar e fortalecer o planejamento; revisar e adotar um elenco de instrumentos de planejamento. Mas está faltando aqui uma parte muito séria, que é a questão do processo do planejamento que precisa ser obrigatoriamente desencadeado neste país para que esse Pacto de Gestão seja possível.

Fico pensando como é que nós vamos enfrentar essa questão comunicacional que foi trazida pelo Rogério. Porque o SUS, para nós, militantes do SUS, é uma maravilha. Você imaginar que no Abrasco tem nove mil e tantos trabalhos escritos, esta Mostra tem essa variedade, essa riqueza de produção. Para nós, o SUS é um sucesso, mas para a maioria da população, para a maioria dos radialistas, esse SUS que a gente conhece é um ilustre desconhecido.

Então, como nós vamos trabalhar esse processo de planejamento que tem de ser ascendente? Aí voltamos à velha discussão do Carlos Matus, com esses sujeitos capazes de analisar, como vem a contribuição do professor Mário Testa. Talvez nós façamos o pacto do SUS, uma luta em defesa da vida, porque se não podemos ficar puxando o planejamento para um lado, a avaliação para o outro, o Pacto de Gestão para o outro, os programas da gestão para o outro. Esse é o grande desafio que se põe hoje para o gestor, principalmente o dos municípios.

Participante 2 – SP

Sou da Secretária de Saúde de Sumaré, interior do Estado de São Paulo. Eu queria trazer um tema para a discussão que a mesa, na minha opinião, não encontrou, e espero que ele não seja paralisante, para sair um pouco do foco mais concreto que nós estamos colocando, que é a questão do papel do Estado que nós temos e o SUS.

Às vezes eu fico imaginando que o SUS, e eu tenho quase certeza disso, rema contra a maré. Rema contra a maré por quê? Porque nós estamos propondo no SUS uma política reformista, uma política que reforme o Estado, uma política que não é compatível com o Estado que nós temos: um Estado violento, um Estado segregacionista, um Estado paquidérmico, burocrático, autoritário, clientelista. Quer dizer, não é o Estado que compartilha com o SUS, e aí me parece bastante paradoxal.

Eu não quero dizer com isso que não é possível construir boas experiências dentro do SUS. Nós temos aqui, por exemplo, o Rogério representando uma belíssima experiência, que é a de Aracaju, a experiência de Belo Horizonte, a de Campinas, etc. Mas se a Reforma Bresseriana lá dos anos 1990, início dos anos 2000 não põe limite para o SUS, essa é uma questão. Segundo: a sociedade brasileira deseja de fato um Estado com políticas universais, ela acha mesmo que o SUS deva ser universal? É isso que a sociedade brasileira está querendo? Eu quero! Eu tenho absoluta convicção dessa questão.

E a terceira questão: quando dizemos que o SUS é uma política suprapartidária isto é verdade? Eu não acredito que seja! Eu não acredito que um partido neoliberal, ou um neoliberal disfarçado como alguns são, que diz mesmo que quer o Estado mínimo, que quer um Estado onde as pessoas possam comprar as coisas no mercado, pode estar defendendo uma política universal, uma política que diz que não é para comprar saúde no mercado.

A saúde não é negociável, não é objeto de mercancia. Como eu posso afirmar que partidos como esse desejam um SUS universal, um SUS para todos? Eu fico imaginando que esse discurso também é bom, é politicamente adequado, porque pelo menos nós conseguimos aliados pontuais para determinadas políticas do SUS. Mas, por outro lado, se nós de fato acreditamos nisso, nós não vamos construir, ou não vamos discutir a possibilidade de o próprio SUS – e aí parece uma questão bastante dialética – ajudar a criar um Estado brasileiro menos neoliberal.

Participante 3 – SC

Boa tarde, eu me dirijo a Carmen Teixeira. No momento em que tanto se fala em reaprender a conversar, como a senhora vê a sobreposição de ações e programas que ainda encontramos no Ministério da Saúde? O exercício da integralidade, da intersetorialidade, não deveria iniciar-se pelos gestores que estão definindo as políticas de saúde?

Participante 4 – RJ

Trabalho no Programa Médico de Família de Niterói. Acredito que hoje o SUS tem de simplificar o acesso do usuário e não criar burocracias para que esse usuário tenha acesso ao serviço. E aí a minha questão é de que forma se direciona o

gestor, se atualiza o gestor, com o número de portarias que hoje nós temos? Nós temos hoje, em média, cinco portarias saindo do Ministério por dia, e, além de não compreendermos as portarias anteriores, nós temos de estar com o foco na atenção para essas cinco portarias por dia.

Temos hoje 130 dias do ano e temos 650 portarias já lançadas pelo Ministério. De que forma podemos atualizar-nos com essas portarias, no sentido de que a maioria dessas portarias está relacionada ao financiamento, ao monitoramento e à avaliação do Sistema? E é um papel, inclusive, de vermos que alguns municípios estão privatizando e contratando empresas para fazerem o estudo dessas portarias e, com isso, o dinheiro do SUS está sendo investido para se estudar o próprio SUS.

Participante 5 – Ministério da Saúde

Nós temos municípios onde o SUS funciona e onde não funciona. O que distingue esses dois opostos? Está na figura do gestor, ele é um profissional de gestão ou ele é um praticante de gestão? É a participação da sociedade que faz essa diferença, ou são os trabalhadores que fazem essa diferença? Porque não existe uma forma de fazer um roteiro de implantação do SUS; cada município tem sua individualidade. Se não é possível fazer isso, onde está o diferencial daqueles municípios que conseguem implantar o SUS e os que não conseguem?

CONSIDERAÇÕES FINAIS DOS FACILITADORES

Carmen Teixeira

Agradeço a oportunidade que essas questões me dão de talvez esclarecer melhor o que eu penso em relação a essa temática da Condução do SUS. Então vou começar pela provocação do *Participante 2*.

Concordo inteiramente com você – o SUS é um projeto político que está na contramão do Estado brasileiro hoje. Eu e Jairnilson Paim acabamos de escrever um texto que vai ser publicado num livro que está sendo organizado pela equipe que atuou no Ministério do Ministro Humberto Costa, fazendo exatamente uma avaliação da política da Saúde no governo Lula. E a conclusão a que chegamos é exatamente esta: o governo Lula está sendo péssimo para a Saúde! Nós estamos conseguindo manter o SUS, apesar do governo Lula; estamos conseguindo manter o SUS há 15 anos, apesar da seqüência de políticas econômicas que são completamente contrárias a um Estado, a um Sistema de Saúde universal, igualitário, eqüitativo, como está na Constituição.

Agora, veja só isso: conseguimos colocar na Constituição, então entendemos que o SUS é uma política de Estado e não uma política de governos. O processo de construção do SUS atravessa governos, e quem faz esse processo são as pessoas, são os sujeitos.

Então eu volto ao que eu coloquei: somos nós, gente como o *Participante 2*, que disse: "Eu quero um SUS assim!" Porque ele disse aqui: "Eu quero esse SUS". E eu suponho que se ele quer esse SUS, ele está cotidianamente lutando para que esse SUS aconteça. Esse SUS que está na Constituição, esse SUS universal, que queremos que seja universal, igualitário, eqüitativo. Eu acho ótimo que tenha sido colocada essa questão para reiterarmos que a construção do SUS deve ser um processo suprapartidário, porque o SUS é uma política de Estado, e a sociedade brasileira, quando aceitou colocar na Constituição isso, disse o SUS que queria.

Agora, na prática, ele pode se transformar no SUS para pobres, na prática ele pode se transformar num SUS muito – aliás, é o que está acontecendo –, num SUS muito distante daquilo que está na Constituição de 1988. Depende de nós! E é por isso que estamos discutindo a questão da gestão hoje, como a questão dos sujeitos.

Quem é a sociedade brasileira? Somos nós, as pessoas, os sujeitos. Nós sonhamos, trabalhamos, construímos, nos organizamos, nos envolvemos nos partidos políticos, nas associações de bairro, nos sindicatos. Nós disputamos cargos eleitorais, vamos atuar na Câmara, vamos atuar na Assembléia, vamos às ruas! Nós! Essa é a convocação que o Mário Testa fez para nós há alguns anos – precisamos pensar os sujeitos porque nós estamos construindo o SUS, nós somos os sujeitos da construção do SUS, e o SUS vai ser o que conseguirmos fazer, o que conseguirmos colocar em prática.

E aí eu volto à pergunta da *Participante 1* – que planejamento? O que nós conseguimos fazer? A direcionalidade, a questão que o Sílvio colocou, é exatamente a mesma, colocada de uma outra maneira. Para onde vamos? Para onde estamos indo? Estamos construindo um caminho ao andar, como diria o poeta. Não temos certeza de para onde vamos, temos algumas referências, os princípios que estão colocados na Constituição, mas ninguém em sã consciência poderia dizer que o SUS vai ser exatamente o que está na Constituição porque não está sendo!

O SUS está sendo transformado no dia-a-dia; quando o privatizamos quando entregamos a gestão das equipes da Saúde da Família a entidades privadas; quando terceirizamos um monte de serviços. Estamos construindo o SUS ainda quando permitimos que o setor privado penetre por dentro da gestão do SUS. E aí temos de rever nossas propostas, nossas políticas, nossas estratégias.

Uma perspectiva como a gramsciana é importante para entendermos esse processo. Não está dado! A pergunta do Sílvio – quem é a autoridade, quem tem de decidir, quando se

fala em gestão participativa? Existe uma diferença em ciência política entre o poder formal e o poder real: o poder formal pode ser da autoridade sanitária, do Ministro, do Secretário de Saúde, do Secretário Municipal de Saúde; o poder real pode ser dos radialistas! Aliás, o exemplo do Rogério é ótimo! Quando ele diz assim, a mídia está pautando a ação do gestor – então quem é que tem o poder real? E o gestor tem de correr atrás do prejuízo para manter um mínimo de legitimidade e sustentabilidade política no cotidiano da Secretaria.

Nossos cursos de mestrado têm esse tema: a relação entre o gestor e a mídia. Porque a mídia forma a opinião pública, e a opinião pública pode destruir reputações, pode destruir projetos políticos. E a opinião pública – uma coisa que a *Participante 1* falou, por não entender o Pacto, por estar sendo induzida a pensar uma outra coisa – pode destruir por não entender o que é o SUS, por não entender a proposta generosa do SUS. Pode, inclusive, ser contrária.

Então temos de trabalhar com o quarto poder, que é a mídia. Existe esse poder simbólico dos meios de comunicação de massa que interfere no cotidiano da gestão. Precisamos trabalhar também com esse poder, não pensar que porque temos o cargo temos o poder na mão. Temos de construir isso cotidianamente, e todo mundo que é gestor sabe disso, que é uma construção permanente, cotidiana.

Eu termino com a pergunta da *Participante 3*: Sim, concordo inteiramente com você! A integralidade e a intersetorialidade têm de começar nas nossas instituições e, aliás, é um esforço que se está fazendo. Eu me lembro que, no governo Lula, quando foi feita uma revisão, uma reforma administrativa no Ministério, a idéia era essa: um Ministério único. Todos que estavam desde o princípio lembram disso: um Ministério único para acabar exatamente com essas questões, mas não conseguimos um Ministério único! Novamente pelas questões políticas, inclusive político-partidárias, que acabam atravessando o processo de gestão.

Então o Grupo X, a tendência Y, a tendência Z... é a luta pelo poder que se reproduz dentro da mesma instituição, como tem em qualquer lugar. Como tem nas Secretarias Municipais de Saúde, como tem nas Secretarias Estaduais de Saúde, enfim, como tem no Ministério da Saúde. Então, precisamos despolitizar a Saúde. É essa contradição, esse paradoxo que vivemos. Despolitizar no sentido partidário, por isso insistimos tanto na questão suprapartidária e na adesão a determinados princípios e valores que vão além dessas questões político-partidárias.

Mais uma vez eu queria chamar a atenção para o que o Francisco falou, que é interessantíssimo e que é defendido também hoje por todo mundo que trabalha na área de gestão: a necessidade de conjugar a razão com a intuição. E ele ilustrou exatamente a tese que eu estou tentando explicitar aqui para vocês – a necessidade da sustentabilidade política de qualquer projeto. Mas não é a sustentabilidade político-partidária não, nem a sustentabilidade da corrupção, da compra de voto, nem do mensalão, não é isso. É a sustentabilidade política como compromisso. É implicação dos sujeitos, compromisso, entrega! Uma palavra que se usa tão pouco hoje no Brasil, mas que eu realmente aprendi o significado num contexto completamente diferente.

Eu queria comentar a pergunta do *Participante 5* que, na verdade, foi também uma resposta. O que diferencia um município que dá certo de um outro que não dá certo, o que é que diferencia um estado que dá certo? Um conjunto de fatores, e ele elencou alguns: a capacidade de liderança que algumas pessoas têm, como lembrou o Sílvio, alguns líderes heróicos. Nós temos o SUS, se usarmos a tipologia de liderança, temos líderes heróicos, pessoas que tomam a frente, pessoas que arrastam as equipes e que fazem coisas que nem acreditam que sejam capazes de fazer.

A Márcia Lotufo analisou isso com relação a Júlio Muller em Mato Grosso, um líder heróico. Temos líderes jardineiros, parece que é o exemplo do Rogério, que semeia, com seus Conselhos Locais de Saúde em Aracaju, semeia a formação de novas lideranças comunitárias que possam continuar construindo o SUS. Temos lideranças que são carismáticas, como o Arouca era, que nos fazia acreditar na possibilidade de continuar lutando, mesmo quando tudo parecia dizer não. Enfim, por conta dessas coisas e também por outros fatores da política local.

Como exemplo, vejamos Salvador, que tem oito anos de desconstrução do SUS. Usou-se o rótulo SUS para uma coisa que não tem nada a ver com o SUS que está na Constituição. E dizia-se que se estava construindo o SUS, e hoje estamos tentando desconstruir o que está construído para tentar retomar o SUS. Isso deve estar acontecendo em dezenas e centenas de municípios brasileiros, onde os políticos dizem que estão fazendo o SUS, que na verdade é um outro SUS, completamente diferente do que está na cabeça das lideranças, ou que está na cabeça dos que sonham com o processo de reforma sanitária.

Um SUS universal, igualitário, eqüitativo, no qual se possa respeitar as diferenças e escutar os outros. Dizermos que o SUS tem de ser eqüitativo é pontuarmos que tem de ser diferente, tem de ser heterogêneo, que o SUS em Salvador, com a população negra, não pode ser o mesmo SUS de Santa Catarina, não pode ser o mesmo SUS do Acre. Estavam me falando do trabalho do Acre, das equipes itinerantes, que ficam três dias no meio da selva para chegar no meio das pessoas. Não é a mesma coisa que aqui em Brasília, no DF.

Rogério Carvalho

Eu acho que o *Participante 2* traz um tema extremamente relevante para discutirmos, mas eu vou devolver a provocação. O Brasil tem o Estado que, quando se trata de atender interesses, ele está organizado para os pobres ou ele está organizado para os ricos. Esta é uma construção histórica do Estado brasileiro, e o que temos visto não é um movimento da imprensa, da sociedade, da academia para explicitar essa divisão do Estado rico, que atende aos interesses dos poderosos, do Estado que se organiza para atender aos interesses dos pobres, quando se refere à direita.

Temos visto – e principalmente quem vai ao interior, o sertão do Brasil, quem está vendo o povo –, estamos experimentando, pela primeira vez, um Brasil que começa a implementar a inclusão pelo direito de verdade. A Saúde é uma ruptura, a Saúde tem uma luta, tem um movimento social, tem um coletivo, que construiu o movimento muito antes. Muito antes inclusive dos governos neoliberais, muito antes de acabar a ditadura militar, muito antes da ditadura militar. É só olharmos para a história das conferências. Tem um movimento neste campo que é anterior e que foi interrompido com a ditadura e que depois foi retomado com a abertura democrática do país.

Portanto, temos construído um ator social que pensa a inclusão pelo direito e influenciou a Constituição, a inclusão na Constituição do capítulo da Seguridade Social. E temos uma conquista extraordinária, que nós, membros da sociedade brasileira, não defendemos e ouvimos passivos a imprensa dizer que pagar funcionário público é aumentar o gasto do governo; que pagar a Bolsa Família é aumentar o gasto do governo; que fazer seguridade social, aumentar o salário mínimo, aumentar a Previdência Social, ampliar o número de aposentados, que o gasto da Previdência é um rombo, e isso é gasto do governo, como se isso fosse um mal para a sociedade brasileira.

Não é isso que estamos vendo, o que vemos nestes últimos anos, pela primeira vez na história deste país, é a tendência de desconcentração de riqueza. Porque estamos construindo um país que está incluindo pelo direito, e isso tem de ser objeto de militância de todos os brasileiros, ou pelo menos daquela parte que acredita que a inclusão se dá pelo direito, e não pelas frentes de trabalho. Porque era assim que a direita e os governos deste país sempre tentaram – vamos incluir, vamos matar a fome, mas tem de ser pelo suor! –, ainda que seja um faz de conta, como eram as frentes de trabalho do Nordeste do Brasil.

Portanto, o debate é este: a sociedade brasileira ainda não se definiu! Nós não levamos o debate como se deveria, nós não temos uma sociedade que quer a inclusão pelo direito. E isso é uma construção de todos nós, não é a construção de um governo. E, olhe, parte da crise é porque isso está pautado. Está na ordem do dia a inclusão pelo direito ou as políticas compensatórias, esta ruptura nós estamos fazendo, e eu acho que o governo Lula é um grande governo nesta perspectiva, não tenho dúvida! E o povo do Brasil vai mostrar nessas eleições de que esta é a perspectiva que o povo vai validar nas urnas.

Nós dizemos que o povo é ignorante, mas quando se trata de compreender mudanças que transformam seu cotidiano ele consegue captar, inclusive nos nossos governos, os governos locais, certo?

Com relação à questão, não existe gestão sem direcionalidade, sem ideologia, certo? Agora, podemos, com direcionalidade, com ideologia, com clareza do que queremos, caminhar com mais velocidade ou com menos velocidade, com mais acerto ou com mais erro. Como é que isso pode se dar? No meu modo de ver, o foco é definir claramente a gestão por objetos, e aí, óbvio, você tem uma direcionalidade. No caso da Saúde, o objeto é o direito, é a garantia do direito, é o acesso universal, é a integralidade, é isso que estamos perseguindo. E é isso que pauta toda a construção, ou que deveria pautar ou mediar todas as relações, inclusive para conter a luta corporativa, inclusive para poder estabelecer os limites das negociações.

Com relação ao senso comum, é este que precisamos mudar. Na verdade, precisamos construir um outro senso comum no Brasil, é suplantar, é subsumir esse senso comum. Eu gostaria de viver num país cujo senso comum fosse a inclusão pelo direito, fosse o país da seguridade, o país do desenvolvimento econômico com organização produtiva, com distribuição de riqueza, onde a agregação de valor não ficasse nas mãos de poucos. Um país com economia de mercado, e eu acredito em economia de mercado, porém não nas mãos de oligopólios. Se é para ter oligopólio, é melhor que seja monopólio estatal, ou seja, precisamos discutir isso, e isso é construir um novo senso comum do que é a sociedade brasileira. Nós não temos um projeto, nem de Estado, nem de sociedade, e não temos feito esse debate, nós temos nos escondido debaixo da tecnoburocracia, nós temos nos escondido debaixo de uma série de coisas e não vemos que não estamos fazendo o debate.

Qual é a sociedade que queremos? Qual é o Estado que queremos? Temos passado ao largo desse debate. Como é que podemos sair dessa maré? Veja a minha colega que hoje me substituiu em Aracaju, que foi quem me indicou para ser Secretário em Aracaju. Não pôde ir na época, mas hoje aceitou o convite. Ela me disse o seguinte: faça aliança com o povo. Em todas as suas dificuldades, faça aliança. E nós montamos 44 Conselhos Locais de Saúde. Todo o nosso planejamento foi feito coletivamente, criamos centenas de espaços de gestão, tudo tinha de ser processado e tudo tinha decisão. Parecia um caos, mas era um caos que funcionava, um caos que operava, porque as

decisões eram construídas coletivamente. Para que possamos remar contra a maré, ou construímos coletivos ou construímos motivação, vontade de mudança, ou contaminamos mais pessoas ou não superaremos o senso comum que nos aprisiona.

Bom, sobre a pergunta do *Participante 5*, eu acho que são várias as diferenças. Primeiro, no governo: não existe Secretário nem equipe que consiga fazer um processo de construção se não tiver um governo que aposte nisso. Não existe heroísmo sem governo, sem composição ideológica clara. Até porque o SUS faz parte de uma política global de seguridade, o SUS da lógica que eu estava falando da inclusão pelo direito. Não é uma política compensatória, é uma política que garante ao cidadão um direito, um direito fundamental, que é a vida, que é a saúde. Portanto, é preciso para isso que haja um entendimento dos governos disso. Se não houver, não tem remédio.

Na minha cidade, nós conseguimos porque tinha um governo que acreditava nisso. Era, na minha opinião, porque historicamente aquele prefeito tinha uma história no PT e é a formação dele. Não é porque é o PT não, mas é a história dele, como militante de um partido de esquerda, onde foi forjada a sua militância e a sua história como dirigente dessa forma, na esquerda, articulado a esse sentimento. Isso nós não podemos tirar. Achar que as lideranças surgem do nada não é verdade. As lideranças surgem do seu comprometimento, da sua história, dos seus vínculos, das suas crenças, não existe outra forma. Então, essa é a primeira questão: não existe governo, ou não existe construção de sistema, de uma política de inclusão pelo direito, se não houver governos que acreditem nisso. Isso só não basta, é preciso ter clareza de como se faz a gestão, é preciso não se alinhar a uma matriz discursiva específica. Quem define a matriz discursiva é a realidade, que você tem que dar respostas, tem que ter uma direcionalidade.

As regras, para quem acredita nesta política que está escrita na Constituição, são muito claras: acesso universal, integralidade, porque é o que transforma, o que garante a Saúde como um direito. Portanto, é preciso um conjunto de predicados, mas o principal é a posição político-ideológica do governo, se acredita ou não acredita numa política de inclusão pelo direito, como o SUS. Se acreditar nisso é o primeiro passo, daí para diante tem toda uma lógica, tem de investir nas pessoas, tem de fazer, tem de envolver, tem de formar quadros, tem de ter o movimento social participando, tem de ter projeto, tem de saber como produz saúde, como produz cuidado. Aí entra um conjunto de saberes, de conhecimentos que são fundamentais para viabilizar uma determinada política, mas precisa-se de um governo que acredite numa determinada política.

Com relação à questão das portarias, algo que eu me perguntava sempre era: quais são os indicadores? No primeiro ano, eu não queria tomar conhecimento de quais eram os indicadores de mortalidade. Eu tinha um problema gravíssimo: 50% da minha população não tinha acesso! O que eu vou fazer com indicador na mão? Eu ia dirigir errado! Eu tinha de resolver primeiro a situação mais grosseira da periferia, ou seja, era garantir uma oferta minimamente compatível com a demanda ou próxima da demanda para poder raciocinar, para poder conseguir. Não tinha instrumentos para poder mudar o indicador de saúde, então da mesma forma são as portarias. Pode-se fazer a portaria do mundo inteiro, vai servir para mim, quando eu interagir com elas como uma referência, mas é a realidade, é o cotidiano que vai definindo o quanto podemos avançar ou não.

Não adianta artificializar. Temos um problema de artificialização de muitas coisas, por exemplo: minha formação é na Área de Vigilância, trabalhei vários anos como médico fiscal muito focado na Vigilância, sei da importância das normas, mas criamos normas para gerar dificuldades para nós mesmos. Criamos normas fora de qualquer propósito e fora de qualquer possibilidade de expandirmos serviço, de termos condição de viabilizarmos.

Então tem algo errado, ou estamos carregando demais nas normas e estamos criando uma dificuldade para nós mesmos operarmos, ou nós estamos com muita dificuldade de cumprir as normas. Mas é preciso rever isso, há vários padrões e todos garantem segurança, então por que é que eu vou seguir o padrão? É preciso que nós nos rebelemos contra essas normas, porque elas podem ser modificadas, elas podem ser objeto de rediscussão, de revisão. O que nós não podemos é ficar paralisados achando que aquela norma é uma verdade, é uma lei, porque não é. Então nós temos de relativizar a importância dessas portarias, porque elas na verdade são guias, são referências que não necessariamente temos de nos obrigar a seguir ao pé da letra.

Francisco de Assis Machado

Em primeiro lugar, eu acho que nós não temos o direito de pensar em sociedade homogênea, não existe isso de comunidade. Nós temos uma possibilidade imensa nesse Brasil de construir experiências diferentes. Já passou o momento de pensarmos que nós vamos fazer um SUS. Realmente construiremos um SUS que seja válido para todos em todas as suas diretrizes, não princípios, para todos os espaços que existem no Brasil.

Por coincidência, falou aqui alguém de Sumaré. Das poucas experiências que tive oportunidade de olhar com mais calma, eu vi uma que me chamou a atenção e era de lá, porque havia uma proposta de trabalhar a questão da relação com os funcionários do Sistema a partir de uma idéia da justiça, digamos até leninista – "A cada um segundo seu trabalho", ou seja, fazer uma justiça remunerativa, tendo em conta mais ou menos 60% do que seria a remuneração total, ela ser móvel, de acordo com alguns critérios de eficiência, de desempenho pessoal e coletivo. Chamou-me a atenção, eu parei e li, porque aquilo ali proposto nós pudemos fazer em quatro anos de experiência em Patos de Minas.

Então, há ações que podemos fazer em pequenos espaços e que são importantes, quem sabe para nós um dia pensarmos em trabalhar com um funcionalismo eficiente, interessado, pago com justiça, remunerado com justiça, e que possa fazer o SUS crescer em todos os aspectos.

Eu volto a dizer que é indispensável que tenhamos os trabalhadores do SUS devidamente motivados e interessados, senão nós não vamos ter SUS. A questão de trabalhar, nós vamos trabalhar é contra a maré, a favor da maré. Temos de saber o que é contra a maré, pois pode ser que tenhamos de trabalhar assim, e eu quero lembrar aqui que o SUS começou a ser construído na ditadura. Em 1972, quando eu me reportei àquela reunião em que estavam presentes o Arouca, o Nelson Rodrigues dos Santos e tantos outros que ninguém pode falar que não estavam lutando por um SUS democrático, nós estávamos lutando. Nós lutamos anos no Ministério da Saúde contra correntes extremamente conservadoras e tradicionais, as conduzidas por algumas instituições e eu vou nomear hoje, porque já estão extintas, não vou denegri-las mais do que já estão – a Fundação Sesp, a Sucam, que dominavam o Ministério.

Os que lutaram pela reforma naquele momento, que tinha o nome de Piass, como aqueles que lutaram pela reforma que, naquele momento, teve o nome de AIS, de Ações Integradas de Saúde, que lutaram pelo SUS, que tinha o nome de SUDS, eles estavam lutando contra a maré ainda. Então é possível lutar contra a maré. Nós temos de retomar uma idéia – não sei se ela está anacrônica, porque eu não estou na academia –, mas eu preferia ainda retomar a idéia gramsciniana da hegemonia.

Temos de trabalhar com a idéia de conquistarmos a hegemonia dentro dessa sociedade que é capitalista, talvez assim se possibilite sua transformação. Temos 5.600 municípios, não sei quantos estados e nesses lugares nós teremos oportunidade de construir experiências singulares, inéditas, boas e que podem ser aproveitadas pela nossa luta, por um SUS melhor, mais competente, mais justo e mais igualitário.

Finalmente, eu queria lembrar que o SUS é segmentado sim, mas não porque nós o quisemos, é porque a sociedade brasileira é segmentada. É a sociedade brasileira que tem quem paga quando quer e quando não quer os serviços do SUS. Temos pessoas que são exclusivamente dependentes do SUS, que não têm outro meio para recorrer a não ser ao SUS. Então a sociedade é segmentada, é desigual, e ela é tudo, e eu não sei como poderia caber dentro dela – talvez nós tenhamos de transformar ao mesmo tempo o SUS e a sociedade, porque aí nós poderemos ter ao mesmo tempo um SUS universal numa sociedade universalista.

Sobre a pergunta da *Participante D*, o placar do número de portarias até aumentou, porque eu vivi quatro anos como Secretário Municipal de Saúde e, naquela época, eram três portarias por dia, estão falando que é cinco agora. Mas eu estou vendo ali o Diretor do DAD – Departamento de Apoio à Descentralização –, e eu sei que ele anda trabalhando com um grupo que visa a diminuir e a compactar tudo. Então, espero que esse sofrimento brevemente cesse para todos os Secretários Municipais de Saúde.

A questão feita aqui me pareceu interessante, uma que perguntou assim: Por que é que o SUS dá certo em um lugar e não dá noutro? Eu acho que ninguém sabe responder, mas é uma boa pergunta para os estudiosos e os pesquisadores. Por que o Conass, o Conasems não pesquisam isso? Identifica onde o SUS dá certo e onde não dá e vamos estudar, quem sabe não descobrimos algo generalizado, ou não.

Participante 6

Eu só queria provocar a Carmen, porque nos conhecemos há muito tempo, fui aluna dela e participei da gestão do governo Lula. Queria dizer que discordo de que foi "apesar dele". Nós temos um governo com problemas, temos uma série de coisas que devem ser radicalizadas no próximo governo. Mas conseguimos implantar as políticas, com todos os problemas que se tem em relação à área econômica. Precisamos, de uma vez por todas, definir gasto, o que é gasto de saúde. Precisamos, de uma vez por todas, definir o que é responsabilidade sanitária, quem é responsável pelo quê, e a co-responsabilidade de todos. Temos, de uma vez por todas, de assumir de verdade a questão da desprecarização do trabalho em Saúde. Mas eu acho que andamos muito, principalmente para quem participou dos primeiros dois anos e meio.

Precisamos ainda, de uma vez por todas, e começamos a fazer isso, transformar a questão da formação dos trabalhadores de Saúde. Isso não é um papel só da área da educação, isso não é uma intervenção do setor Saúde, mas é respeitar o que colocamos na Constituição, que é um dever do

setor Saúde ordenar a formação dos recursos humanos. Precisamos ampliar muito mais, fizemos muito em ciência e tecnologia, muito em pesquisa, muito na definição de uma política de assistência farmacêutica. Não fizemos tudo, muito ainda precisa mudar, e temos uma crise de ética no país, que não é uma crise do governo federal, é uma crise em geral de ética neste país e que nós precisamos – além de tudo o que o Rogério falou – discutir. Precisamos discutir como é que podemos ter um Estado que realmente seja controlado pela sociedade e que a ética seja uma questão fundamental.

Carmen Teixeira

Eu agradeço à *Participante 6* por essa provocação, porque talvez eu não me tenha explicado bem. Eu não disse em nenhum momento que nós não fizemos ações durante o governo Lula. Pelo contrário, tudo que você se referiu foram avanços. Avançamos na área de atenção à saúde, avançamos na vigilância, avançamos muito na área de ciência e tecnologia, na área de recursos humanos. Eu fui inclusive testemunha disso, na medida em que trabalhei quando o Solla estava lá no Ministério da Saúde, acompanhei toda a discussão.

A avaliação que estamos fazendo é a seguinte: que isso aconteceu não por causa do governo Lula, mas pelo compromisso histórico que esses sujeitos – que ocuparam o Ministério nesse momento, e outros tantos que ocuparam Secretarias de Estado e Município, como é o caso do Rogério – têm tido com o SUS; que é um projeto que tem mais de 25 anos. Quer dizer, é um projeto político de longo prazo que atravessa governos.

Quando eu avalio negativamente o papel do governo Lula, talvez seja muito em função da expectativa que nós tínhamos com relação a ele. Acho que é uma expectativa que eu compartilhava, com dezenas, centenas de milhares de militantes de que haveria, realmente, uma aceleração do processo de construção do SUS. E isso observamos que não ocorreu, o que conseguimos fazer foi realmente a duras penas, foi com lutas muito grandes, internas, com brigas, com tentativas inclusive de fazer avançar, quando não foi fácil. Não foi fácil para o Ministro Humberto Costa, não foi fácil para as equipes que assumiram o Ministério, não foi fácil em nenhuma área. Quer dizer, a minha expectativa, por exemplo, na área de Promoção da Saúde, só para dar um exemplo, era muito maior. E não quero dizer que não avançamos, avançamos sim. Agora temos uma Política Nacional de Promoção da Saúde, mas é algo que temos tentado construir desde 1998.

Na área da Vigilância da Saúde, como não avançamos? Avançamos sim! Mas talvez em função da expectativa que se tinha em relação a muitas das áreas... É importante que se diga isso, até para reforçar o que Rogério falou: o governo Lula atuou com políticas compensatórias, é por isso exatamente que os grandes pólos de apoio ao governo Lula são, de um lado, os banqueiros, e de outro, a população de miseráveis que existe neste país. Que se beneficia da Bolsa Família, da Bolsa Escola, das esmolas, eu concordo inteiramente com Rogério! Não temos um projeto. E está na hora de construir um projeto do ponto de vista de política econômica, de recuperar qual é o nosso projeto de política social, porque estamos caminhando na contramão da história. Como sempre caminhamos, quando sonhamos, quando temos a utopia de construir neste país – como dizia o Arouca, um sistema de saúde universal, numa sociedade completamente fragmentada, segmentada.

Não estou dizendo para simplesmente jogarmos o governo Lula no lixo, é para ter a clareza, analisar com objetividade, o que de fato conseguimos caminhar. E por quê? Para não nos iludirmos e identificarmos os desafios e os problemas que temos de continuar enfrentando. O governo Lula serviu para políticas compensatórias, serviu para manter a tranqüilidade dos bancos, serviu, inclusive, para nos revelar essa crise ética, que também concordo, não é só do governo Lula, é uma crise do Estado brasileiro; é uma crise que afeta hoje, radicalmente, todas as estruturas públicas do país, e isso teremos de enfrentar. Levará anos para tentarmos solucionar, para tentarmos resolver, para tentarmos mostrar que é possível ser ético, que é possível acreditarmos no futuro, que é possível amarmos esse país, que não precisamos dar um jeitinho e cada um ficar na sua, cada um enrolando o vizinho, molhando a mão do guarda. Isso é algo que vai levar uma geração ou mais para ser reconstruído.

Rogério Carvalho

Sinceramente, não acredito que seguridade social seja política compensatória. Ampliar a base de aposentados no Brasil não é compensatório, é reconhecimento de direito. Minha mãe, por exemplo, se aposentou, e a maior felicidade da vida dela é receber o salário mínimo todos os meses. Ela era trabalhadora rural e não tinha aposentadoria, agora tem! Você sabe o que é olhar para ela, e ela diz: "Meu filho, olha, eu comprei o presente de fulano, eu paguei não sei o quê, agora não preciso mais de ninguém". Isso é cidadania, isso não é política compensatória. Assim são as mães e as chefes de família de quase 18 milhões de famílias brasileiras. Então, isso não é política compensatória. Isso é Estado moderno, é distribuição de riqueza. Isso é seguridade social, ou nós não acreditamos num Estado de Bem-Estar Social, que é a nossa referência, pelo menos para mim, européia. Eu acredito no Estado de Bem-Estar Social, é a única referência que nós temos da inclusão pelo direito, e nós

caminhamos nessa direção. E o Bolsa Família, é política compensatória? Não! Nós temos um desafio sim! E não é na macroeconomia.

A macroeconomia está definida, este é o caminho – não vejo outro caminho. Nós temos um problema que é na organização produtiva e na definição de como as pessoas vão participar e como a sociedade vai participar da produção agregada pelo setor produtivo, industrial e agrícola. Essa é uma discussão que nós temos de fazer, mas isso não quer dizer que o Bolsa Família seja uma política compensatória. Está no conceito da assistência social, a assistência social é o quê? Se eu tenho um programa que estabelece uma renda mínima para quem está desempregado... O desemprego é um problema do Brasil? O desemprego é um problema universal! Não é um problema da economia periférica, é um problema da economia central. Por que é que aconteceu aquilo na França? Porque os jovens demoram a entrar no mercado de trabalho, e para entrar no mercado de trabalho mais cedo eles queriam flexibilizar as leis trabalhistas, flexibilizar os direitos. E qual foi à reação? Nós queremos entrar no mercado de trabalho e queremos ter os mesmos direitos. Por que nós vamos ter de entrar com regras flexibilizadas, com menos direitos, como cidadão e como trabalhador e de segunda? Essa foi à crise! Isso reflete o quê? Reflete que o mundo tem de repensar, não dá para custear a humanidade só pelo trabalho, é preciso redescobrir formas de fazer isso.

O Brasil está no caminho, nesse quesito da seguridade social. Estamos começando a experimentar e a viver um processo de efetivação daquilo que está na Constituição de 1988, que é o Capítulo da Seguridade Social. Portanto, eu não acho que seja política de compensação, acho que é muito pouco, e que o nosso problema não é pagar, é o valor que pagamos, porque a sociedade brasileira ainda não se deu conta da importância de custear a cidadania. Não se deu conta do quanto isso pode reduzir a violência, do quanto isso pode fazer deste país uma nação decente, de incluídos, e não uma nação de excluídos e esfomeados.

Nós temos uma batalha muito grande para aumentar o valor dessas contribuições, desses benefícios de seguridade e não de assistência típica de assistencialismo. Porque o cidadão vai lá é com o cartãozinho, não é a cesta básica olhando para o dono do coronel da região, nem a frente de trabalho que você só inscreve quem vota em você. Estamos vivendo um processo que é de resgate da cidadania e de construção de um país cidadão.

Sílvio Fernandes da Silva

Eu gostaria de agradecer muito à mesa, à Carmen, ao Rogério, ao Francisco e a todos aqui presentes. Muito obrigado!

RESUMOS

A seca

SISTEMA DE MONITORAMENTO DA PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA

Autor principal: Adeilson Moreira Campos Junior
Município: Brasília
Estado: DF

INTRODUÇÃO

Programação Pactuada e Integrada da Assistência em saúde é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados da população própria e das referências recebidas de outros municípios.

Após o processo de programação pactuada e integrada é fundamental que sejam adotados mecanismos para sua avaliação e monitoramento, buscando o permanente direcionamento para uma alocação consistente de recursos, que mantenha a coerência com os demais processos de gestão.

Entende-se monitoramento da Programação Pactuada e Integrada como um conjunto de atividades que buscam acompanhar rotineiramente a execução física e financeira das ações e dos fluxos pactuados.

De forma a facilitar e agilizar o monitoramento da Programação Pactuada e Integrada dos estados e municípios, processo que quase sempre toma grandes proporções em termos de espaço e recurso de equipamento computacional, foi desenvolvido, através da linguagem de programação Visual Basic proprietária da *Microsoft,* o sistema "SisMonitora", que dá suporte aos processos de consulta de portarias, acompanhamento de limites financeiros de média e alta complexidade, consulta de produção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar e acompanhamento da PPI, atividades de responsabilidade da Coordenação de Programação da Assistência/DRAC/SAS/MS. O objetivo deste documento é apresentar tal sistema.

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do sistema foram feitas reuniões com a equipe da Coordenação de Programação da Assistência/DRAC/SAS/MS, que apresentou a demanda por instrumentos informatizados. Desta forma, foram feitos esboços do sistema em si, definidos seus propósitos e funcionalidades.

Para a construção de um aplicativo de fácil e rápido acesso, foi estabelecido que a arquitetura do mesmo deveria ser *Web* [1], com acesso ao *SGBD* [2] *SQL Server 2000* [3], trabalhando juntamente com o *Analysis Manager* [4], que oferece suporte à tecnologia *OLAP* [5]. Desta forma, a aplicação seria acessada via *Web*, usando para isso o *browser* [6] do Internet Explorer, contido no sistema operacional *Windows*, sem que fosse necessária configuração extra ou instalação do aplicativo.

PRODUTO

O "SisMonitora" é constituído de 4 módulos sistematizados, são eles:

- Portarias (cadastro/consulta): disponibiliza uma forma de consultar dados de portarias ministeriais por número, órgão, ano, data de início ou data de término, bem como viabiliza o cadastro das mesmas.
- Limites Financeiros de Média e Alta Complexidade (por Estado/por Portaria): apresenta uma forma de consulta de limites financeiros por estado e também por portaria.
- Consulta de Produção (SIA/SIH): disponibiliza a produção registrada através dos sistemas SIA e SIH, tabulada com a tecnologia OLAP, que propicia a amostragem dos dados em forma de tabela dinâmica de forma facilitada e ágil.
- Monitoramento da PPI (Limite Financeiro x Produção x PPI): disponibiliza relatórios de comparação entre limites financeiros de média e alta complexidade, produção e informações da PPI de estados e municípios.

LIÇÕES APRENDIDAS

O uso de sistemas de informação para o suporte às atividades da PPI instrumentalizou as ações de monitoramento, possibilitando maior agilidade ao processo de tomada de decisão.

---

[1] rede de computadores na Internet que fornece informação em forma de hipertexto. Para ver a informação, pode-se usar um software chamado navegador (browser) para descarregar

informações (chamadas "documentos" ou "páginas") de servidores de internet (ou "sites") e mostrá-los na tela do usuário.

[2] conjunto de programas de computador (softwares) responsáveis pelo gerenciamento de uma base de dados.

[3] é um gerenciador de Banco de dados relacional feito pela Microsoft.

[4] Ferramenta proprietária da Microsoft utilizada para projetar bancos multidimensionais OLAP.

[5] OLAP é um acrônimo em inglês para *Online Analytical Processing*, ou processamento analítico on-line. É uma abordagem tecnológica para gerar respostas rápidas a consultas analíticas de natureza tipicamente dimensional e complexa.

[6] programa que habilita seus usuários a interagirem com documentos HTML hospedados em um servidor Web.

REORGANIZANDO O FLUXO DOS AGENDAMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE: UMA EXPERIÊNCIA DE SUCESSO NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ

Autor principal: Adriana Galdino Batista
Outros autores: Patrícia Anjos de Carvalho Lima
Instituição: Secretaria de Saúde do município de Jequié-BA
Município: Jequié
Estado: Bahia

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) depende, sobretudo, da organização da atenção à saúde de forma a cumprir aos princípios da universalidade, integralidade, equidade e resolutividade, e às diretrizes da descentralização, hierarquização e controle social propostas pela Lei Federal 8080/90. Essa dinâmica tem se pautado na reorientação da proposta da atenção básica por meio da Estratégia de Saúde da Família.

Neste sentido, o SUS compõe uma rede regionalizada e hierarquizada que pretende garantir ao indivíduo, família e comunidade o direito de gozar de atendimento suficiente e satisfatório em todos os níveis de complexidade do sistema, concretizando o paradigma da Vigilância à Saúde voltado para a promoção da saúde. Sendo assim, as Unidades de Saúde da Família (USF), por desenvolverem ações de atenção básica, constituem-se na principal porta de entrada, encaminhamentos e referências no sistema municipal de saúde.

Visando a integralidade das ações e melhoria da resolução dos problemas no âmbito da atenção básica, se fez necessário a descentralização das ações de regulação e marcação de consultas e procedimentos especializados da Central da Regulação da Assistência de Jequié (CERAJE) para as USF, facilitando o acesso aos serviços de média complexidade, evitando o congestionamento da demanda, o que produzia longas filas de espera, e favorecendo o atendimento àqueles que realmente necessitam ter a referência assegurada.

Este estudo apresenta as bases metodológicas do processo de descentralização das ações de regulação e marcação dos procedimentos de média complexidade no município de Jequié-Ba, apontando as facilidades e dificuldades encontradas nesse percurso. O município de Jequié assumiu a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde em 2001 passando a responsabilizar-se, pela contratação, agendamento e realização de procedimentos de média complexidade. Para tanto, foi inaugurada uma Central de Regulação que, na prática, desenvolvia apenas atividades relacionadas à marcação de procedimentos de média complexidade para todos os usuários de Jequié e municípios pactuados.

Buscando promover e intensificar a regulação, controlar o fluxo e facilitar o acesso dos usuários do SUS, em abril de 2002, iniciou-se o processo de descentralização. A coordenação da CERAJE elaborou uma proposta de descentralização que foi entregue e discutida com a Secretária Municipal de Saúde que assumiu a responsabilidade e garantiu todos os recursos para que a descentralização se concretizasse. Desde então, alguns problemas foram tomando importância no campo administrativo e político, "forçando" a descentralização, e, passando a atuar como facilitadores do processo. Entre esses, podemos assinalar as pressões dos comerciantes vizinhos à CERAJE, a falta de vínculo dos profissionais com os usuários e o congestionamento destes em busca de um atendimento, cuja estrutura do local não comportava. Além disso, a oferta não conseguia atender de forma equânime, visto que o atendimento era feito por ordem de chegada e, por não haver uma cota para cada área, continuava a existir muita insatisfação por parte dos usuários do SUS, que passaram a cobrar melhorias no sistema de marcações.

Quanto às dificuldades encontradas no processo de descentralização, cabe destacar a resistência de algumas coordenadoras que temiam o aumento das atividades nas unidades, a inadequação da infra-estrutura física, a necessidade de contratação de funcionários e aquisição de equipamentos, como computadores e aparelhos de *headfone*, bem como disponibilização de internet. Entretanto, com o apoio da Secretária Municipal de Saúde, da Assessora de Controle, Avaliação e Auditoria, da diretora do Departamento de Assistência à Saúde e da diretora do Departamento Administrativo e Financeiro foi possível contornar tal situação e partir para a implantação da proposta nas unidades de saúde. Primeiramente a descentralização atingiu apenas as Unidades de Saúde da Família e mais tarde incluiu todas as unidades básicas de saúde. A proposta foi apresentada ao Conselho Municipal de Saúde e divulgada nas emissoras de rádio da cidade e através de folhetos informativos. Além disso, foram realizados

treinamentos com os autorizadores e reuniões nas unidades de saúde e nas comunidades visando esclarecer o novo fluxo. Com base nas informações de agendamentos, nas Fichas de Programação Orçamentária (FPO) dos prestadores de serviços e na quantidade de pessoas adscritas a cada unidade de saúde, as cotas passaram a ser divididas proporcionalmente à população.

A marcação dava-se através de relatórios, os quais continham os principais dados do agendamento (local, data, horário, nome do prestador, paciente a ser atendido). Os autorizadores das unidades preenchiam e encaminhavam semanalmente os dados para a CERAJE. A central consolidava as marcações e controlava os atendimentos. Para os casos mais prioritários e urgentes, havia uma reserva de cotas. O sistema de marcação manual vigente por volta de nove meses foi aos poucos sendo substituído pelo Sistema de Regulação, Controle e Avaliação – Sistema RCA. Este *software* foi construído conforme orientação dos técnicos da secretaria municipal de saúde com base nas necessidades locais. É acessado pela Internet, via *on-line*, sendo capaz de realizar as marcações, utilizar protocolos operacionais, gerar senhas, relatórios e mapas de atendimentos. Este sistema é acessado pelos marcadores da central e das unidades, pelos prestadores de serviços e pelos 30 municípios pactuados. O sistema de marcação atual tem respondido às perspectivas operacionais e administrativas, à medida que tem conseguido reorganizar a demanda, dando visibilidade às áreas que exigem maior necessidade de atenção por parte do gestor municipal da saúde. Além disso, é incontestável que a descentralização oferece vantagens, pois a equipe de saúde da família possue maior vínculo com os usuários e conhece a história de saúde destes, ferramentas imprescindíveis para a efetivação da integralidade, equidade e resolutividade propostas pelo SUS, bem como para a interação da atenção básica com a média complexidade, reorganizando a demanda e melhorando a assistência à saúde destes usuários.

SUS: A EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE, QUANTO À IDENTIFICAÇÃO E PROCEDÊNCIA DO USUÁRIO, A PARTIR DO ACOMPANHAMENTO DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL.

Autor principal: Alberto Luiz Alves de Lima
Outros autores: Déa Ramos; Severino Catão; Alonso Silva; Tiago Feitosa de Oliveira; Kássia Cristina Cavalcanti Arcoverde e Elisabeth Cristina Vilar
Instituição: SMS - Recife - Diretoria de Regulação
Município: Recife
Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO

A rede de serviços de saúde do Recife é composta por Unidades de Saúde Tradicionais, Unidades de Saúde da Família; Centros de Acompanhamento Psíquico-social; Policlínicas e 3 maternidades, que atende uma população de aproximadamente 1.500.000 habitantes. Em 1991, através de uma parceria entre a SMS e a Empresa Municipal de Informática, foi desenvolvido o SSUS: Sistema de Acompanhamento da Produção Ambulatorial.

OBJETIVO

O objetivo geral do SSUS é de registrar a prestação de serviços das unidades ambulatoriais, gerar boletins para o SIA – SUS, bem como exportar dados para cálculo da produtividade dos profissionais. Têm-se como objetivos específicos do SSUS: O cadastro de profissionais e unidades de saúde; O registro da produção ambulatorial com identificação e procedência do usuário; A geração de tabelas que subsidiam a elaboração de relatórios administrativos e gerenciais; A emissão do Boletim Diário de Atendimento (BDA); A exportação de dados para o Sistema SSPR, que realiza o cálculo para pagamento da gratificação do SUS aos profissionais e geração do BPA para o SIA – SUS – MS.

MÉTODO

O SSUS foi desenvolvido em Clipper e suja primeira versão foi de 1991. Para utilização do sistema exige-se no mínimo um Micro *Pentium MMX*, com 16 MB de RAM e 1.2 GB de HD e uma impressora matricial. O Sistema é utilizado nas Unidades de Saúde e remetido aos Distritos Sanitários, que alimentam o banco de dados do Nível Central. Os dados são exportados para Boletim de Produção Ambulatorial - BPA (SIA – SUS) e para o SSPR (cálculo da produtividade).

RESULTADOS

A utilização do sistema de acompanhamento da produção ambulatorial permite conhecer com antecedência o faturamento de cada unidade de saúde, bem como a procedência de cada usuário, auxiliando nas negociações das PPIs estadual e municipal. O SSUS está subsidiando os estudos de demanda e de capacidade instalada, colaborando com a implantação do Sistema de Regulação da Assistência do Recife. As informações geradas por este sistema são utilizadas para pagar a gratificação do SUS aos profissionais da rede municipal de saúde.

CONCLUSÃO

A implantação do SSUS na Secretaria de Saúde do Recife representou um avanço para o serviço e configura-se como uma ferramenta de apoio às diretorias de Programação, Controle e Avaliação e de Gestão do Trabalho para o gerenciamento da rede e da produção. O programa foi adotado pelas Secretarias de Saúde dos municípios de Olinda e Paulista, e por ser de simples instalação, manutenção e manipulação, não requer muitos recursos para sua implantação.

IMPLANTAÇÃO DE UM PLANO DE AGENDAMENTO EM ESPECIALIDADES CLÍNICAS EM UM DISTRITO SANITÁRIO DO RECIFE NO ANO DE 2004: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Autor principal: Alberto Luiz Alves de Lima
Outros autores: Tiago Feitosa de Oliveira; Kássia Arcoverde; Elizabeth Vilar; Amélia Caldas; Lídia Lira e Fábio Carvalho.
Instituição: Prefeitura do Recife - Secretaria de Saúde - Diretoria de Regualção
Município: Recife
Estado: Pernambuco

IINTRODUÇÃO

O presente estudo relata a experiência vivenciada por técnicos e gestores do Distrito Sanitário VI (DS VI) do Recife na elaboração e execução de um Plano de Agendamento em Especialidades Clínicas (PAESC) na sua região político-administrativa (RPA). Atualmente, dentro do SUS um dos desafios a organização dos serviços é referente à hierarquização do sistema e a boa resolutividade da referência e da contra-referência. Sabe-se da complexa organização no campo da média complexidade, dos serviços de atenção a saúde, e com base nesta premissa, o DS VI na tentativa de apontar uma saída para a minimização dos problemas inerentes do sistema, resolve inovar dentro do município, propondo a realização do PAESC.

JUSTIFICATIVA

Este Plano resulta da observância de experiências anteriores bem sucedidas e trata de uma forma planejada a distribuição de cotas para especialistas clínicos do DS VI, bem como propõe a implantação de uma central de marcação de consultas para cada uma de suas policlínicas com o intuito de atender unidades básicas de saúde e unidades especializadas do Distrito. A sua elaboração partiu da necessidade de garantir a todas as unidades a possibilidade de se auto-organizar quanto às demandas de saúde da população. Guiamos-nos então, pelo perfil epidemiológico, pelo contingente populacional atendido e pela necessidade de reduzir a demanda reprimida, para estabelecimento das cotas por especialidade para cada unidade de saúde.

OBJETIVO

O PAESC tem por objetivo organizar a oferta de serviços de saúde especializados na RPA VI adequando as necessidades demandadas pela sua população adstrita.

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste plano de agendamento contamos com a parceria da Empresa Municipal de Informática (EMPREL) que elaborou o software para marcação de consultas - o SSMC. Para coleta de dados utilizou-se o método da observação que compreende o período da elaboração, implantação e acompanhamento das ações desenvolvidas para o agendamento nas consultas especializadas através de uma central de marcação.

PRODUTOS

Identificou-se que iniciado o PAESC, as unidades de saúde tiveram uniformemente as mesmas possibilidades de acesso à rede especializada, de maneira que todas possuem horários e dias pré-estabelecidos para o agendamento das consultas na central de marcação; a divisão de cotas para as consultas especializadas possibilitou a organização da demanda interna de cada serviço diminuindo as filas e priorizando aqueles usuários que necessitam de um atendimento mais urgente; proporcionou a territorialização da rede especializada; e tornou a Policlínica da Pina (unidade de referência especializada) em um serviço de atendimento exclusivamente referenciado.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A grande dificuldade encontrada no processo de implantação do PAESC foi a pactuação das cotas pré-estabelecidas, bem como a construção do fluxo de referência e contra-referência. Porém após o período de implantação verificou-se que os usuários se adaptaram bem a uma nova cultura de marcação de consultas especializadas. Um fator facilitador a implantação do PAESC na Policlínica do Pina, foi a oportunidade de iniciar a utilização do Programa num serviço recém-inaugurado,

sem vícios burocráticos. A decisão política da gestão também foi de fundamental importância para os bons resultados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Policlínica do Pina era reivindicação antiga da comunidade local, que pleiteou a sua instalação em diversos fóruns de participação popular, como exemplo as plenárias do orçamento participativo e Conferência Distrital de Saúde. O PAESC contribuiu para que o serviço ofertado pela Policlínica do Pina atendesse a população de forma humanizada, sem grandes filas de espera, devido ao atendimento ser exclusivamente referenciado.

SISTEMA DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS DA SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE.

Autor principal: Alberto Luiz Alves de Lima
Outros autores: Tiago Feitosa de Oliveira; Elizabeth Cristina Vilar; Kássia Cristina Arcoverde; Rosalie Barreto Belian; Fábio Carvalho; Alonso Silva; Amélia Caldas; Lídia Lira.
Instituição: Prefeitura do Recife - Secretaria de Saúde - Diretoria de Regualção
Município: Recife
Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO

O Recife está habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Está atualmente, em processo de implantação do Comando Único, nos termos da NOAS 01/ 2002. A secretaria Municipal de Saúde está implantando o Serviço de Marcação de Consultas da Central de Regulação, utilizando o software Sistema de Marcação de Consultas (SSMC) desenvolvido pela Empresa Municipal de Informática - Emprel. Este programa, que é utilizado atualmente em 4 unidades especializadas do Recife, está passando por algumas modificações que possibilitarão o atendimento da demanda referenciada para unidades prestadoras de serviços especializados. Estima-se que o Serviço de Marcação de Consultas atenderá, aproximadamente 22.000 consultas mensais, cobrindo todas Unidades de Saúde Básicas dos seis Distritos Sanitários.

JUSTIFICATIVA

O sistema SSMC permite o acompanhamento de todo o fluxo de atendimento ao paciente pelas Unidades de Saúde, permitindo a identificação da Unidade de Saúde Básica que originou o atendimento e os encaminhamentos sucessivos para as Unidades de Saúde especializadas. Configurando-se como um instrumento de grande importância para ordenamento e organização dos fluxos assistências.

OBJETIVO GERAL

Garantir à população do Recife acesso ás consultas especializadas com maior agilidade, através de mecanismos de controle, avaliação e monitoramento da rede de saúde, que permitam gerenciar as formas de atuação dos prestadores de serviços privados, filantrópicos e públicos, resultando na otimização dos recursos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Oferecer aos usuários do SUS a melhor alternativa assistencial disponível; Diminuir as filas de espera por consultas e procedimentos especializados; Identificar abusos e evitar o desperdício, racionalizando e otimizando a liberação de consultas e procedimentos; Contribuir para o monitoramento, controle e avaliação da atuação dos prestadores de serviços; Contribuir para o monitoramento e avaliação da atuação das Unidades de Saúde solicitantes; Otimizar a utilização dos recursos; Acompanhar a Programação Pactuada Integrada; Fornecer ferramentas necessárias para a implementação da Gerência de Programação, Controle e Avaliação da SMS; Contribuir para melhoria da gestão da Secretaria Municipal de Saúde

METODOLOGIA

Foi formado um grupo de trabalho da Diretoria de Regulação, tendo como componentes: a Gerência da Central de Regulação, Gerência de Fluxos Assistenciais, Gerência de Tecnologia da Informação e Assessoria, com parceiros externos: EMPREL e Universidade Federal de Pernambuco representado pelo Grupo de Tecnologia da Informação em Saúde (TIS). O grupo de trabalho avaliou o SSMC e levantou os requisitos necessários para configuração do sistema para implantação da Central de Regulação. O sistema tem a seguinte plataforma: Desenvolvido em linguagem Borland Delphi 5; Banco de Dados ORACLE; Servidor de banco de dados localizado na EMPREL; Comunicação com o BD através de link de comunicação e protocolo TCP/IP; Servidor de dados: (Equipamento SUN SOLARIS, Sistema Operacional – SOLARIS 2.9, 2 Processadores (4 GB), Disco Rígido de 180 GB, Versão do Oracle 9.i).

PRODUTOS

As modificações acordadas foram apresentadas e estamos no período de acompanhamento para identificação e correção

de falhas possivelmente encontradas, principalmente na implantação inicial em maio de 2006. O que até o momento não foi encontrado grandes problemas com a utilização em ambiente de teste.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A implantação de uma Central de Regulação no Recife é uma prioridade da gestão atual, o projeto conta com apoio financeiro do Ministério da Saúde. A equipe envolvida na implantação da Central de Regulação e da configuração do Sistema é bem qualificada e comprometida. As dificuldades encontradas se apresenta na grande demanda em que se encontra a EMPREL, que fez com que o trabalho apresentasse atraso no calendário previsto. Os trâmites burocráticos, próprios do serviço público, são grandes entraves para uma maior agilidade para implantação do sistema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Secretaria de Saúde implanta a Central de Regulação, que configura-se como uma estratégia que possibilitará um atendimento integral dos usuários e contribuirá para melhorar o controle a avaliação da prestação dos serviços de saúde, resultando no uso racional e otimização dos recursos disponíveis e no monitoramento da qualidade assistencial. A solução de software definida para atender as necessidades do Sistema de Regulação da Assistência é o SSMC. Atualmente, este programa está em processo de adequação para realidade do Sistema de Saúde do Recife. A estratégia proposta para a implantação da solução de regulação municipal está fundamentada em um processo que visa limitar o conjunto de fatores e recursos envolvidos com o objetivo de obter uma utilização gradativa e, portanto mais segura do sistema de regulação.

IMPLANTAÇÃO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. RECIFE, 2006.

Autor principal: Alberto Luiz Alves de Lima
Outros autores: Tiago Feitosa de Oliveira; Elizabeth Cristina Vilar; Lidia Lira; Kássia Arcoverde; Fábio Carvalho; Amélia Caldas e Roalie Belian
Instituição: Prefeitura do Recife - Secretaria de Saúde - Diretoria de Regualção
Município: Recife
Estado: Pernambuco

IINTRODUÇÃO

O modelo de atenção à saúde do Recife tem como princípios a universalidade e a integralidade da assistência à saúde e está sendo organizado de forma hierarquizada, tendo como escopo de sua organização a definição da porta de entrada do sistema e responsabilidade sanitária, através da garantia da oferta de serviços, tomando como referência o espaço coletivo de habitação do usuário. Regulação, no contexto do sistema público de saúde, consiste na introdução de mecanismos de ordenação das práticas de assistência no SUS, oferecendo a melhor alternativa assistencial para a demanda do usuário, de acordo com a disponibilidade de recursos assistenciais, fornecendo subsídios aos processos de planejamento, controle e avaliação. O Recife está habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, de acordo com a NOB 01/96, conforme a portaria no 2.081/MS de 14/05/1998. Está atualmente, em processo de implantação do Comando Único, nos termos da NOAS 01/2002. A Secretaria de Saúde do Recife (SMS), ampliou a rede ambulatorial pública municipal. Foram entregues à população recifense mais 18 novas unidades especializadas. A partir de negociações com o Gestor Estadual, a SMS vem consolidando a municipalização plena do SUS. A organização da oferta de serviços de saúde é imprescindível para atender as necessidades do povo do Recife. Diante disso a SMS está implantando a Central de Regulação da Assistência. Estima-se que o Serviço de Marcação de Consultas atenderá, aproximadamente 22.000 consultas mensais, cobrindo todas Unidades de Saúde Básicas dos seis Distritos Sanitários.

OBJETIVO GERAL

Garantir ao usuário acesso às consultas especializadas com maior agilidade, através de mecanismos de controle, avaliação e monitoramento da rede de saúde, que permitam gerenciar as formas de atuação dos prestadores de serviços privados, filantrópicos e públicos, resultando na otimização dos recursos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Oferecer aos usuários do SUS a melhor alternativa assistencial disponível; Diminuir as filas de espera por consultas e procedimentos especializados; Identificar abusos e evitar o desperdício, racionalizando e otimizando a liberação de consultas e procedimentos; Contribuir para o monitoramento, controle e avaliação da atuação dos prestadores de serviços; Contribuir para o monitoramento e avaliação da atuação das Unidades de Saúde solicitantes; Otimizar a utilização dos recursos; Acompanhar a Programação Pactuada Integrada; Fornecer ferramentas necessárias para a implementação da Gerência de Programação, Controle e Avaliação da SMS; Contribuir para melhoria da gestão da Secretaria Municipal de Saúde

METODOLOGIA

A estratégia proposta para a implantação da solução de regulação municipal está fundamentada em um processo que visa limitar o conjunto de fatores e recursos envolvidos com o objetivo de obter uma utilização gradativa e, portanto mais segura do sistema de regulação. A implantação se dará em três grandes fases: a primeira considera a utilização do SSMC (software Sistema de Marcação de Consultas desenvolvido pela Emprel. Este programa é utilizado atualmente em algumas unidades especializadas do Recife) a partir de servidores localizados na Emprel (Empresa de Informática do Recife) atingindo a marcação para rede conveniada dos usuários dos Distritos Sanitários. Neste primeiro momento foi selecionado o Distrito de Sanitário I, cujas unidades, profissionais de saúde e usuários, estão configurados no Sistema. Este distrito de saúde foi selecionado pela SMS com base em critérios que permitam que a solução seja amadurecida, e então, replicada aos demais distritos de saúde do município. Inicialmente o Serviço de Marcação de Consultas atenderá as unidades do Distrito Sanitário I, que referenciam seus usuários ao Hospital Santo Amaro (Estabelecimento filantrópico), após 30 dias será incluído outro hospital filantrópico a Fundação Martiniano

Fernandes e finalizando a primeira fase a ampliação para os prestadores privados em oftalmologia. A segunda fase, prevê a inclusão progressiva das unidades conveniadas e dos seis Distritos Sanitários. Esta fase deve acontecer após o processo de absorção tecnológica e funcional da equipe de regulação da SMS. A terceira e última fase destina-se à ampliação do sistema de marcação através do SIGA-SAÚDE (software livre desenvolvido pelo Ministério da Saúde e Prefeitura de São Paulo - utiliza como servidor de aplicações o JBoss Application Server e Apache e Tomcat como Web container), bem como a inclusão da marcação de exames, para todas as unidades da rede. Esta fase acontecerá após consolidação das anteriores.

PRODUTOS

Os Protocolos de Acesso, Protocolo Operacional e Manuais de operação estão todos concluídos, a partir de um trabalho conjunto da Diretoria de Regulação e Grupo de Tecnologia da Informação em Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (TIS), utilizando-se de modelos existentes em algumas Capitais do País. A Central de Regulação está instalada num prédio amplo com toda rede elétrica e lógica instalada, com um Link de comunicação com provimento de internet de 1 MBPs. Quanto aos Softwares o SSMC a configuração está em fase de conclusão e o SIGA-SAÚDE está sendo repassado pelo município de São Paulo no mês de maio de 2006. Estão previstos treinamentos para os usuários do sistema (médicos, gerentes de unidades, tele-atendentes, administrador de rede, etc), bem como a divulgação da operação da Central para o Conselho Municipal de Saúde e Núcleo Gestor da Saúde.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Muitas dificuldades foram encontradas para a implantação da Central de Regulação do Recife, destacando-se as naturais provenientes do processo público de aquisição de bens de capital, reformas físicas, etc, mas sobretudo a falta de padronização dos fluxos assistências na rede de saúde como todo. A partir da criação da Diretoria de Regulação em setembro de 2005, uma equipe foi formada com objetivo de organizar a demanda e oferta, controlar e avaliar o serviço e modernizar o parque tecnológico da SMS. A partir desse movimento grandes avanços foram conseguidos, como: padronização dos fluxos assistências para todos os Distritos Sanitários, (com estabelecimento de referências e contra-referências e cotas pré-estabelecidas para consultas especializadas e exames); a implantação da Central de Regulação, a implementação das atividades de programação, controle e avaliação dos serviços e a criação da Gerência de Auditoria e o início da modernização do parque tecnológico e ampliação da conectividade dos Distritos Sanitários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através de um trabalho com executado com uma equipe multiprofissional a Secretaria de Saúde implanta a Central de Regulação, que se configura como uma estratégia que possibilitará um atendimento integral dos usuários e contribuirá para melhorar o controle a avaliação da prestação dos serviços de saúde, resultando no uso racional e otimização dos recursos disponíveis e no monitoramento da qualidade assistencial.

PROTOCOLO OPERACIONAL PARA REGULAÇÃO DE SAÚDE DA PREFEITURA DO RECIFE. ABRIL, 2006.

Autor principal: Alberto Luiz Alves de Lima
Outros autores: Tiago Feitosa de Oliveira; Elizabeth Cristina Vilar; Kássia Arcoverde; Rosalie Belian Barreto; Lídia Lira; Amélia Caldas e Fábio Carvalho.
Instituição: Prefeitura do Recife - Secretaria de Saúde - Diretoria de Regualção
Município: Recife
Estado: Pernambuco

IINTRODUÇÃO

O PSF pertence à atenção básica sendo a principal porta de entrada para a assistência a saúde. As unidades de maior porte como as policlínicas atuam como referência para o PSF, atendendo especialidades não caracterizadas no nível primário de atenção. Atualmente observamos que o usuário passa por muitas dificuldades para conseguir o atendimento na rede especializada. A regulação no Sistema de Saúde tem como objetivo introduzir os mecanismos de ordenação das práticas de assistência no SUS, tornando o atendimento mais ágil e eficaz. Baseada nessa necessidade foi criada a Diretoria de Regulação, com o objetivo de implantar um sistema de regulação para o município.

OBJETIVO

O Protocolo Operacional foi criado para controle de assistência em saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, contribuindo para o ordenamento e organização da demanda e oferta da assistência especializada.

METODOLOGIA

Para marcação de consultas e exames através da Central de Regulação foi necessária à criação de um Protocolo Operacional com o objetivo de determinar o fluxo pelo qual o usuário deverá passar da solicitação até o seu atendimento. Esse protocolo foi elaborado a partir de modelos existentes em outras capitais do País e adaptado para realidade do Recife. Foram realizadas algumas reuniões com a equipe da Diretoria de Regulação com profissionais da rede e com a Universidade Federal de Pernambuco, representada pelo Grupo de Tecnologia da Informação em Saúde – TIS.

PRODUTOS

Foi definido que o encaminhamento para os exames e especialistas deverão ser feitos, baseando-se em protocolos clínicos que indicarão os critérios a serem seguidos, segundo um modelo que deverá ser utilizado tanto na unidade solicitante, como na unidade executante. Os protocolos clínicos também estarão disponíveis para o médico regulador, profissional que trabalha na central recebendo o excesso da demanda e terá a sua disposição uma reserva técnica para que os pacientes com prioridade consigam ser atendidos com maior brevidade.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

O Protocolo operacional é a chave de todo o funcionamento da central, nele está determinado todos os papéis dos envolvidos na marcação e as alternativas para que a regulação possa ser realizada com todo o seu potencial e capacidade. No processo de construção do protocolo não se enfrentou grandes dificuldades, pelo contrário, a equipe responsável por sua elaboração discutiu o documento com usuários do sistema e gerentes, esgotando as discussões concluindo um trabalho onde vários atores puderam contribuir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível que, através da regulação possamos controlar melhor toda a assistência à saúde facilitando o acesso dos usuários à rede, determinando as prioridades e a real necessidade para o encaminhamento especializado.

EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DE UMA CENTRAL DE REGULAÇÃO ESTADUAL

Autor principal: Alcione Bastos Alves
Outros autores: Myrian Côrtes Bittencourt
Instituição: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
Município: Salvador
Estado: Bahia

Foi com muita curiosidade, nenhuma experiência e uma imensa vontade de ser participante daquele projeto que iria mudar para sempre o cenário da saúde pública na nossa cidade, que iniciamos o processo de Implantação da Central Estadual de Regulação em Salvador naquele mês de fevereiro de 2003 em pleno carnaval.

Pelas mãos do Dr Paulo de Tarso Monteiro Abraão e da equipe que coordenava esse processo, fomos apresentados ao que seria o Projeto Piloto I do Sistema Estadual de Urgência e Emergência e sob a batuta do mesmo, recebemos o 1º Curso de Regulação Médica do nosso estado para que fossemos introduzidos aos princípios do SUS e às normas e portarias ministeriais que regulamentavam a Regulação.

Sem dúvida tratava-se de uma mudança cultural e estrutural na forma de encaminhamento dos pacientes do SUS. Diante de uma rede desorganizada e sem leitos suficientes para atender a demanda da população carente em nosso estado, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia iniciou no dia 27/02/2003, a regulação dos pacientes que se encontravam nas urgências e emergências das 16 unidades de saúde pública da rede própria de Salvador. Para atendê-los, contávamos com 329 leitos de retaguarda em 14 unidades de saúde da rede complementar, além dos leitos nas enfermarias e UTI´S das unidades da rede própria.

Iniciamos a regulação com 07 Médicos Reguladores, 02 Coordenadores, 04 Monitores e 36 Auxiliares de Regulação além de uma equipe administrativa. Para o transporte dos pacientes contávamos com uma frota de 14 ambulâncias de suporte básico e 02 de suporte avançado com 07 Médicos Intervencionistas. Essas ambulâncias eram monitoradas por rádios-operadores cedidos pela Polícia Militar da Bahia que controlavam o seu fluxo em trânsito. Nesse período, atendíamos diariamente uma média de 37,3 solicitações.

Uma das principais dificuldades encontradas na regulação dos pacientes era conscientizar por um lado os plantonistas e chefes de plantão das unidades de saúde, do que consistia o processo de regulação e da importância de ser preenchido devidamente o laudo médico de solicitação de transferência, e por outro, o profissional que iria receber o paciente, quanto à necessidade de ser aceito o paciente regulado. Essa noção de prioridade é baseada em uma fórmula onde avaliamos o grau de necessidade de cada caso.

Durante 18 meses regulamos com esse número de profissionais e de leitos e após esse período, foi feita uma expansão dos leitos sob regulação com ampliação da rede assistencial. Uma reestruturação interna foi necessária para atender a essa nova demanda e em agosto de 2004, o quadro de Médicos Reguladores passou de 07 para 26. Com esse novo avanço, passamos a regular através de um sistema informatizado, o SISREG onde foram cadastrados as Unidades de Saúde divididas em solicitantes e executantes com seus respectivos mapas de leitos por especialidade, procedimentos realizados e profissionais que constavam no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

Com esse novo incremento, o nosso número de leitos passou a 2.296. O total de atendimentos diários passou para 132.3 regulações.

Em junho de 2005 iniciamos um novo processo de expansão dos leitos regulados pelo SISREG e com isso passamos a um total de 4.659 leitos com uma média de 376.6 atendimentos diários.

Atualmente atendemos uma média de 487.3 solicitações diárias entre internamentos e urgências nas 24 unidades solicitantes e 36 unidades executantes da rede.

Sabemos que estamos em processo contínuo de mudanças, a cada dia novas portarias são criadas para regulamentar o processo de descentralização do SUS, contudo, após a expansão dos leitos sob regulação no nosso Estado, podemos afirmar que estamos com 100% dos leitos das principais especialidades sob regulação via SISREG, na Central Estadual de Regulação da Bahia. Atualmente contamos com o esforço de 05 Coordenadores Médicos, 47 Médicos Reguladores, uma equipe de Supervisores além dos demais profissionais envolvidos direta ou indiretamente numa regulação.

As nossas dificuldades são muitas ainda, se considerarmos que possuímos uma rede insuficiente para toda a demanda e por

termos uma população carente que ainda não utiliza os serviços de saúde da atenção básica de forma desejável.

Ainda deixamos de transportar alguns pacientes no mesmo dia em que são regulados, devido à deficiência no número de condutores e de veículos. Constantemente estamos orientando o corpo clínico das unidades com o propósito de sensibilizá-los para a importância da regulação. Promovemos cursos de educação continuada para treinar nossos Médicos Reguladores, mas ainda assim temos uma alta rotatividade provavelmente por conta da baixa remuneração para o grau de responsabilidade que o trabalho requer e pelo nível de estresse e frustrações diárias a que os mesmos são submetidos no dia a dia. Percebemos também que precisamos melhorar nossos serviços de atenção básica para evitar que muitas patologias se compliquem transformando-se em urgência. Algumas delas ainda permanecem causando gargalos na rede a exemplo das Neuropatias e Cardiopatias Cirúrgicas, Nefropatias e Angiopatias. Essas requerem condutas diferenciadas devido às suas complexidades e ao número insuficientes de profissionais e leitos específicos para atendê-las. Fato que tem impulsionado a readequação e expansão da rede de nosso Estado.

Percebemos o longo trajeto que temos pela frente e que o desafio é contínuo, o trabalho é árduo e os problemas têm que ser administrados dia a dia. Porém a satisfação de poder estar assegurando uma assistência mais justa e integral a nossa população nos faz perseverar e nos encoraja a estarmos apresentando em espaços como este a nossa experiência na esperança de poder estar ajudando outros a percorrerem sua própria trajetória.

A CENTRAL DE MARCAÇÃO LOCAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE-CE E A MELHORIA DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

Autor principal: Alessandra Pimentel de Sousa
Outros autores: Antonio Israel Pinheiro e Emilia Alves de Castro
Instituição: Secretaria Municipal de São Gonçalo do Amarante - CE
Município: São Gonçalo do Amarante
Estado: Ceará

O município de São Gonçalo do Amarante-CE situa-se a uma distância de 54 Km de Fortaleza, possui área territorial de 782 Km², com população de 39.566 habitantes, estando limitado ao norte com o Oceano Atlântico e com os municípios de Paraipaba e Paracuru; ao sul com o município de Pentecoste; à leste com o município de Caucaia e a oeste com os municípios de São Luiz do Curu e Trairí. Na divisão política da Saúde integra a 2ª Célula Regional de Saúde sediada em Caucaia. Nosso município conta atualmente com 13 equipes de Saúde da Família, 13 equipes de Saúde Bucal, 06 Unidades Básicas de Saúde, 01 Hospital Municipal Luiza Alcântara e Silva com 33 leitos, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Raimundo Fialho de Assis e 2 prestadores de serviço, uma Clínica de Fisioterapia (Clínica de Fisioterapia Santa Edwirges) e um Laboratório de Análises Clínicas (Laboratório Samuel Pessoa) credenciados pelo SUS prestando serviços à comunidade. Quando assumimos em fevereiro de 2005 a Coordenação do Setor de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria (C.A.R.A.) de nosso município, verificamos através do diagnóstico de base que muitos pacientes freqüentavam este setor na busca de marcação de consultas especializadas. Este fato atrapalhava demasiadamente a dinâmica do setor, já que a maioria do tempo de trabalho dos funcionários (01 médico e 03 odontólogas, 01 aux. Administrativo, 01 vídeo-fonista e 01 digitador) era dedicado ao atendimento do público, sem contar ainda, o incômodo aos pacientes que chegavam a se deslocar mais de 30Km para marcar uma consulta. Neste contexto criamos estratégias para que o fluxo de referências se desse exclusivamente através das equipes de Saúde da Família (garantindo os preceitos organizativos do SILOS), com análise das referências pelo médico auditor e marcação local com devolução através das equipes. No ano de 2005 foram marcados através desta central 3.559 consultas abrangendo as seguintes especialidades: ortopedia, cirurgia geral, ginecologia, pediatria, cardiologia, urologia, endoscopia e ultrassonografias. Esta reorganização permitiu o acompanhamento mensal das vagas existentes preenchidas através das Central de Marcação Local e procedimentos efetivamente realizados. Assim podemos avaliar a taxa de utilização dos serviços, os fatores dificultadores e facilitadores dos procedimentos de média complexidade ofertados pela rede local, bem como o gerenciamento da fila de espera, otimizando assim o atendimento. Diante do exposto verificamos que a implantação e efetivo acompanhamento e avaliação da Central de Marcação Local se constitui um importante instrumento de gestão, melhorando a qualidade dos serviços de média complexidade, sem exigir grandes investimentos.

A UTILIZAÇÃO DO SETOR DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA (C.A.R.A.) COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO INOVADORA: A EXPERIÊNCIA DO MUNICIPIO DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE-CE

Autor principal: Alessandra Pimentel de Sousa
Outros autores: Antonio Israel Pinheiro e Emilia Alves de Castro
Instituição: Secretaria Municipal de São Gonçalo do Amarante - CE
Município: São Gonçalo do Amarante
Estado: Ceará

O município de São Gonçalo do Amarante-CE situa-se a uma distância de 54 Km de Fortaleza, possui área territorial de 782 Km², com população de 39.566 habitantes, estando limitado ao norte com o Oceano Atlântico e com os municípios de Paraipaba e Paracuru; ao sul com o município de Pentecoste; à leste com o município de Caucaia e a oeste com os municípios de São Luiz do Curu e Trairí. Na divisão política da Saúde integra a 2ª Célula Regional de Saúde sediada em Caucaia.Nosso município conta atualmente com 13 equipes de Saúde da Família, 13 equipes de Saúde Bucal, 06 Unidades Básicas de Saúde, 01 Hospital Municipal Luiza Alcântara e Silva com 33 leitos, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Raimundo Fialho de Assis e uma Clínica de Fisioterapia (Clínica de Fisioterapia Santa Edwirges) e um Laboratório de Análises Clínicas (Laboratório Samuel Pessoa) credenciados pelo SUS prestando serviços à comunidade. O Setor de C.A.R.A. do nosso município passou a ter uma atuação diferenciada a partir de fevereiro de 2005. De setor puramente formal passou paulatinamente a galgar espaço da gestão municipal com o desenvolvimento de atividades diversas e superação da tradicional ação fiscalizadora e policialesca. Hoje contamos com uma equipe composta por 04 profissionais de nível superior (01 médico e 03 odontólogas), 03 profissionais de nível médio (01 aux. Administrativo, 01 vídeo-fonista e 01 digitador). Nossa ações visam identificar estruturas, diagnosticar processos e avaliar resultados de acordo com preceitos de Donabediam. As atividades desenvolvidas são: Central de Regulação do SUS; Central de Marcação de Consultas Especializadas Locais; Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria dos Prestadores de Serviços; gerenciamento das atividades de média complexidade; acompanhamento e regulação da Programação Pactuada Integrada do Município e realização de auditoria internas. Os resultados obtidos em 2005 foram: Aumento de 62% na marcação dos pacientes; implantação da Central de Marcação de Consultas Especializadas Locais, realizando 3.559 consultas no ano de 2005; diminuição das glosas aos Prestadores de Serviço, reativação do CADSUS, acompanhamento mensal das atividades de média e alta complexidade, revisão da Programação Pactuada Integrada (PPI) e realização de auditoria internas. Muitas das tomadas de decisões do gestor municipal foram pautadas nas informações e sugestões de nosso setor, sendo este estratégico na inter-relação dos demais setores da Secretaria Municipal da Saúde e responsável por diversos projetos de reestruturação e melhoria dos serviços. Diante do exposto podemos concluir que a utilização deste setor como instrumento de gestão é primordial para obtenção de melhores resultados pela Secretaria Municipal da Saúde e contribui de forma significativa para melhoria do Sistema Local de Saúde.

SISTEMA DE ENSINO ON-LINE

Autor principal: Alessandra Rodrigues Moreira de Castro
Outros autores: Beatriz da Silva Ribeiro
Instituição: Hospital Escola - UFPel / FAU
Município: Pelotas
Estado: Rio Grande do Sul

IINTRODUÇÃO

O presente trabalho trata da construção de uma ferramenta de ensino *online*, que surgiu a partir da análise das necessidades levantadas pelo Departamento de Educação nas estruturas do Hospital Escola da UFPel/ FAU, frente aos critérios estabelecidos pelos Ministérios da Educação e Saúde no processo de certificação dos hospitais, atendendo a PORTARIA INTERMINISTERIAL N°1006/ MEC/MS, em 27 de maio de 2004, que trata da criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS.

PROPÓSITO

Ferramenta gerencial que objetiva armazenar e gerenciar dados referentes a todas as atividades relacionadas ao ensino tais como, aulas práticas e/ou estágios (curriculares e extracurriculares) realizados no Hospital Escola e demais Unidades de Ensino vinculadas ao Sistema de Saúde HE-UFPel / FAU.

O principal diferencial desta ferramenta é possibilitar que sejam inseridas, acessadas, consultadas, informações sobre cursos de níveis técnico, graduação e pós-graduação, assim como detalhar dados referentes às disciplinas, estudantes e professores.

A disponibilidade de consulta neste sistema é variada podendo-se optar ainda, por relatórios e mapas.

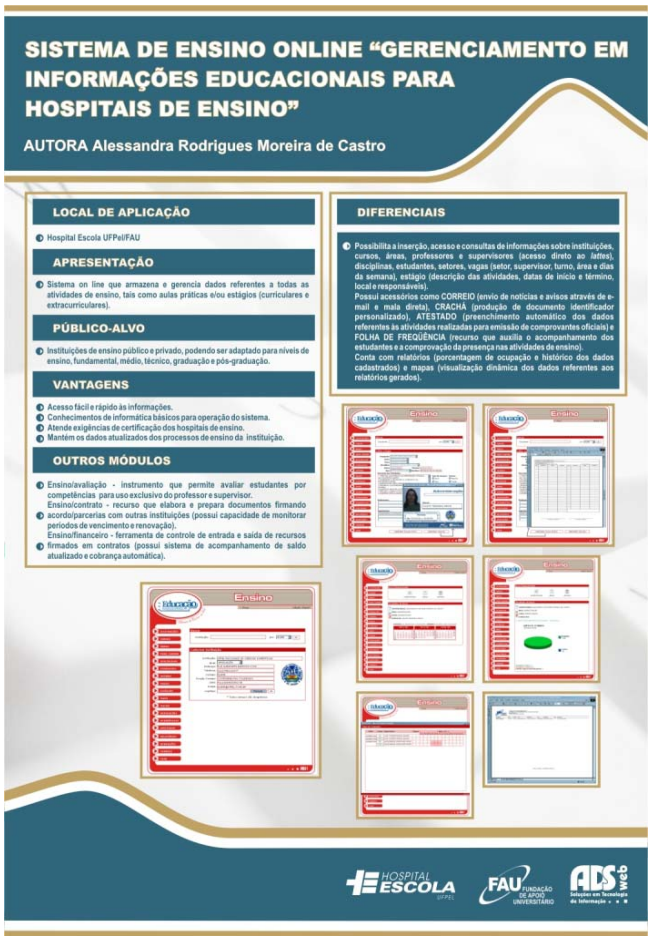
Nos relatórios pode-se buscar dados referentes ao percentual de ocupação, ociosidade (campos de estágio), número de estagiários por setores, áreas, supervisores, etc., facilitando o rastreamento de todos os dados cadastrados.

Os mapas servem para que em um formato dinâmico sejam apresentadas informações que auxiliem na visualização e melhor compreensão dos dados gerados pelos relatórios, além de possibilitar a previsão e simulação de atividades futuras.

Outros módulos estão sendo implantados na área administrativa (convênios /contratos e financeiro) e acadêmica (sistema de avaliação por competências).

METODOLOGIA

A partir do processo de certificação do Hospital Escola, foi constituído o Departamento de Educação, que passou a pensar em mecanismos que gerenciassem as atividades de ensino, pesquisa e extensão do Hospital Escola e demais unidades de ensino vinculadas, como Ambulatório e Unidades Básicas de Saúde (UBS).



A principal atividade otimizada por este departamento foi criar uma ferramenta gerencial que reunisse todas estas informações, nas quais elegeu-se a área de informática como principal parceira para esta ação.

ETAPAS REALIZADAS

• Levantamento das necessidades apresentadas durante o processo de certificação (pesquisa);
• Criação de comissão formada por coordenadores e diretores dos cursos da área da saúde e setor de informática da FAU, com o propósito de averiguar processos e necessidades (análise situacional detalhada);
• Elaboração de plano de trabalho (projeto);
• Modelagem e construção da ferramenta (constituição de grupo de informática para execução);
• Implementação e manutenção (fase atual).

RESULTADOS

• Agilidade na busca de informações;
• Conhecimento do percentual de ocupação do hospital envolvendo estudantes/ estagiários, professores/ supervisores;
• Monitoramento da quantidade de escolas, estágios, vagas disponíveis e ocupadas (estágios), acadêmicos e estudantes envolvidos em atividades etc.;
• Integração das escolas / instituições, com o hospital no que se refere ao compartilhamento das informações acadêmicas realizadas no hospital (ementa de disciplinas, escalas de aulas práticas/ estágios, etc.);
• Acompanhamento dos períodos das atividades (início e término dos estágios, aulas práticas etc.)
• Cadastro de todos os profissionais envolvidos em ensino e pesquisa do hospital, com informações atualizadas referentes a dados profissionais de formação, experiência profissional, etc.
• Agilidade na emissão de documentos, através do Sistema de Emissão de Crachás de Identificação, para uso permanente do estudante/profissional, assim como emissão de Folhas de Freqüência, contendo o período das atividades realizadas no hospital;
• Constituição de documentos oficiais como Sistema de Emissão de Atestados / Certificados;
• Facilidade na comunicação através do Sistema de correios, permitindo envio o de e-mail/ automático e mala-direta;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema está em constante atualização e inserção de novos recursos que atendam as demandas dos estágios e aulas práticas, assim como são criados novos relatórios resultantes dos dados que o sistema tem armazenado. Em 2005 pode-se levantar dados quantitativos que anteriormente não eram conhecidos pela alta circulação e rotatividade dos cursos de níveis técnico e superior.

O PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: RESULTADOS 2003-2004

Autor principal: Alfredo José Monteiro Scaff
Outros autores: Gilson Caleman; Alzira Jorge; Alexia Ferreira; Regina Lúcia Dodds Bomfim
Instituição: Agência Nacional de Saúde Suplementar
Município: Rio de Janeiro
Estado: Rio de Janeiro

IINTRODUÇÃO

A ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais (planos de saúde) e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País, definidas pelas leis 9656/1998 e 9961/2000. Em 2005 (dados até setembro) apresentou cerca de 40 milhões de beneficiários com vínculos a planos de saúde, com uma cobertura de 22% da população.

OBJETIVO

O Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, instituído em dezembro de 2004 vem construir nova perspectiva na regulação do setor, enfatizando a qualidade das ações como relevante política institucional. Objetiva avaliar através do *Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS* – a qualidade das Operadoras de planos de saúde.

METODOLOGIA

O IDSS, indicador desenvolvido pela ANS, é calculado pela razão entre pontuação obtida e a pontuação esperada para cada indicador distribuídos em quatro dimensões: Atenção à Saúde (AS), Estrutura e Operação (EO), Econômico Financeiro (EF) e Satisfação do Beneficiário (SB). O ID varia entre 0 (zero) e 1, sendo que valores próximos de 0 indicam pouca eficácia da Operadora e próximos de 1 são os esperados pela Agência de Regulação.

RESULTADOS

No ano de 2004, foram avaliadas 848 operadoras com 27.695.864 de beneficiários. Estes resultados foram estratificados por três portes (referentes ao tamanho da operadora em nº de beneficiários), duas segmentações (operadoras médicas-hospitalares ou odontológicas) e oito modalidade das operadoras (Autogestão, Autogestão Patrocinada, Cooperativa Médica, Cooperativa odontológica, Filantropia, Medicina de Grupo, Odontologia de Grupo, Seguradora Especializada em Saúde.). O IDSS no segmento médico-hospitalar em 2004 foi de 0,602, sendo sua distribuição por dimensão: na AS de 0,535; na EO de 0,680; na EF de 0,671 e na SB de 0,654. No segmento de operadoras exclusivamente odontológicas o IDSS foi de 0,673 (AS de 0,679; EO de 0,728; EF de 0,536 e SB de 0,991). No trabalho são apresentados detalhadamente os resultantes estratificados por modalidade e porte.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

O Programa permitiu aprimorar as bases de dados da instituição e aprofundar o conhecimento destas por parte dos funcionários da ANS. Além disso, esta etapa do programa foi amplamente discutida com as Operadoras (empresas reguladas pela ANS) por meio de oficinas e mesmo pela realização de reuniões temáticas no âmbito da ANS, que possibilitaram o aprimoramento do processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os primeiros resultados do Programa de Qualificação apontam uma melhoria das informações registradas pelas operadoras junto à agência reguladora do setor. Os resultados dos ID´s da 1ª fase do programa, no qual ainda não estão avaliados todos os indicadores definidos, mostrou-se uma metodologia promissora na avaliação e qualificação das operadoras de planos de saúde da Saúde Suplementar no Brasil.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM DIABETES MELLITUS TIPO I

Autor principal: Alide Marina Biehl Ferraes
Outros autores: Edilson João Ferraes
Instituição: Município de Cornélio Procópio
Município: Cornélio Procópio
Estado: Paraná

Diabetes Mellitus, conhecido popularmente por "diabetes" é um distúrbio do metabolismo que afeta os açúcares, com repercussão importante no metabolismo de proteínas e gorduras. A cada ano, os índices da doença têm aumentado sobremaneira. As formas mais conhecidas são o Diabetes Mellitus Tipo I (DMI), caracterizado por falha na produção de insulina com início da doença na infância ou adolescência, tornando o portador dependente de insulina, e o Diabetes Mellitus Tipo II, caracterizado pela resistência do corpo à ação da insulina produzida pelo pâncreas, ocorrendo geralmente em adultos obesos acima de 40 anos. Sabe-se que o diabetes é uma condição que, se não tratada e bem controlada, acaba produzindo com o passar do tempo, graves lesões e potencialmente fatais. Estas complicações em longo prazo podem incluir tanto problemas nos pequenos vasos sanguíneos dos olhos e rins e nos nervos, como problemas nos grandes vasos do coração, cérebro e extremidades dos membros. Assim, é importante que o portador saiba se prevenir para evitar que num futuro estas complicações se instalem.

A educação em diabetes vem sendo considerada uma atividade vital para o controle da glicemia, uma vez que mediante processos dinâmicos e contínuos de aprendizagem, o diabético pode incorporar conhecimentos para melhorar sua qualidade de vida. No Brasil, o programa Hiperdia atende hipertensos e diabéticos, com recursos da União para aquisição de medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica Básica. Municípios do Paraná têm implementado o programa com atividades educativas e lúdicas, todavia o Hiperdia dificilmente alcança a demanda de DMI a não ser pelo acesso às insulinas padronizadas. No intuito de acolher esta demanda infanto-juvenil, foi delineado em Cornélio Procópio, município do norte do Paraná, um programa pioneiro de forma integrada.

O estudo objetiva descrever o programa especifico para portadores de Diabetes Mellitus Tipo I e refletir sobre o caminho percorrido pelos diversos atores envolvidos na sua implantação.

A metodologia utiliza procedimentos qualitativos e quantitativos. Para mostrar o caminho percorrido na vivência, o objeto de estudo está sendo abordado em três dimensões. Primeiro foi realizado um esboço com base na problematização levantada por pais e responsáveis por portadores de DMI referentes à necessidade de: a) disponibilizar os insumos adequados para aplicar a insulina considerando o Índice de Massa Corpórea do paciente e para medir a glicemia; b) melhorar a oferta e o agendamento do serviço de psicologia e de nutrição nos bairros, e c) fazer um cadastro dos DMI e inseri-los nas atividades do programa Hiperdia. As proposições foram debatidas no Conselho Municipal de Saúde (CMS), entre profissionais de saúde, nas pré-conferências de saúde e na 7ª Conferência Municipal de Saúde (7ªCMS) no segundo semestre de 2005. E, após leitura do relatório final da 7ªCMS no Conselho Municipal, foi indicado como prioridade, planejamento envolvendo os portadores de DMI. Na seqüência foi elaborado um projeto pela equipe do departamento de saúde, com base na problemática apresentada, e a ser executado pelas equipes Saúde da Família. A terceira dimensão será uma análise do formato do programa implantado em 2006, na visão de usuários, profissionais e familiares envolvidos, para as adequações necessárias.

O programa intitulado "Encontros Mensais de Diabetes Juvenil", consta de uma reunião no 1º sábado de cada mês (início em abril), à tarde, em local central, com portadores de DMI, seus familiares, convidados e equipe multiprofissional de saúde para troca de experiências, orientações e atividade física com objetivo de melhorar a qualidade de vida. Cada encontro estará sob responsabilidade de uma das dez equipes da estratégia do PSF e dentre os temas serão abordados hipoglicemia/ hiperglicemia, alimentação saudável e dieta adequada, leitura de rótulos e adoçantes e benefícios da atividade física. A programação básica mensal constará de medição de glicemia e dos índices antropométricos (peso e altura); palestra; lanche; atividade física ou lúdica e avaliação do encontro. Haverá uma ficha para acompanhamento de cada paciente com parecer médico, psicológico e nutricional. A divulgação coletiva (via rádio e cartazes) é responsabilidade do departamento de saúde e o convite individual aos portadores de DMI é responsabilidade do PSF da área de abrangência.

Dentre os resultados almejados com o programa destaca-se o acolhimento e estabelecimento do vínculo das crianças e adolescentes com DMI, seus familiares e profissionais

de saúde oferecendo mensalmente atividades específicas para partilhar experiências e orientação para um ótimo controle da glicose visando redução do risco de doenças decorrentes e agravos, e melhorando sua qualidade de vida, o convívio familiar e social. Espera-se ainda incentivar a prática de exercícios físicos e o equilíbrio emocional.

Pela vivência do 1° encontro e análise das avaliações dos presentes foi possível verificar a satisfação de todos com a palestra e a iniciativa dos encontros mensais. Todos mencionaram interesse em participar do próximo encontro e como pontos negativos referiram o fato de terem vindo poucas pessoas e de não ter havido atividade física. Isto denota falhas na divulgação do programa ou mesmo o subcadastro dos portadores de DMI, indicando a necessidade de repensar estratégias para adesão. A equipe do PSF responsável pelo encontro estava incompleta evidenciando a necessidade de ampliar o debate entre os profissionais de saúde envolvidos para desenvolver a dimensão cuidadora do trabalho como acolhimento, vínculo, responsabilização e compromisso com a população. O debate ampliado e a sistematização de ações locais inovadoras oriundas do planejamento participativo e integrado de saúde certamente contribuem para melhorar ou até substituir práticas fragmentadas, reorganizando a rede de serviços de acordo com as necessidades locais.

PLANOS ESTADUAIS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: UMA ESTRATÉGIA PARA A MELHORIA DA GESTÃO DO SUS

Autor principal: Allan Nuno Alves de Sousa
Outros autores: Eglê Santos e Santos; Maria Bernadete Carvalho Pires de Souza
Instituição: Ministério da Saúde
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

Diante da importância da estratégia Saúde da Família e do desafio estabelecido para garantir a qualidade no seu processo de consolidação, o Ministério da Saúde, integrado com o movimento pela institucionalização da avaliação, já em curso em outros países, vem buscando contribuir para ações que visem fortalecer os sistemas de monitoramento e avaliação por considerar fundamental o conhecimento e uso de mecanismos de avaliação em saúde, como pesquisas avaliativas e os sistemas de informação em saúde, como ferramentas de gestão. Nesse sentido, o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – Proesf, iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo Banco Mundial, através de um de seus componentes, vem fortalecendo o papel das Secretarias Estaduais de Saúde, incentivando, dentre outras ações, a elaboração e implantação de Planos Estaduais para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação (M&A) da Atenção Básica (AB).

Esses Planos constituem um instrumento importante para a implementação dos processos avaliativos em andamento nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), prevendo diretrizes, objetivos, estratégias e operações voltadas para melhor estruturação das atividades desenvolvidas. Em síntese, é a descrição da situação atual, seus problemas, fatores causais, desenho de ações e estratégias para implementar a avaliação da atenção básica no estado. O intento maior a ser perseguido pelas SES, neste caso, será o de potencializar ações, projetos, programas, áreas técnicas, pessoal e recursos financeiros já existentes, articulando-os num processo de trabalho convergente em objetivos e metas. Os Planos Estaduais precisam ser entendidos como uma ferramenta de planejamento e gestão elaborados de maneira integrada, flexível e adaptável às mudanças requeridas pela realidade, cujo compromisso maior pauta-se na *institucionalização da avaliação da atenção básica*.

Tal concepção pretende fortalecer a incorporação dos processos avaliativos no cotidiano de práticas, regras e cultura organizacional das secretarias de saúde. Os planos estaduais para fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica, devem prever pelo menos três momentos ou fases de execução macroestratégicas, que se articulam e reconstroem-se dinamicamente. A execução da primeira fase foi iniciada em grande parte das secretarias estaduais, as quais deram início ao fortalecimento de sua capacidade técnica, com a parceria de instituições de ensino e pesquisa de excelência na área de avaliação em saúde e afins. Essas instituições, se constituiram em Centros Colaboradores em Avaliação da Atenção Básica, sendo co-responsáveis pelo aprimoramento e qualificação dos processos de trabalho dos profissionais, sendo responsáveis pelo suporte conceitual e metodológico necessário ao desenvolvimento das estratégias traçadas no Plano, estando voltadas ao apoio técnico e consultivo às SES.

As demais fases de execução encontram-se em andamento e com isso ainda não existem resultados consolidados a respeito da implantação dos planos em questão. No entanto, vale destacar que concomitante ao referido processo de fortalecimento da equipe técnica das SES, os Centros Colaboradores em Avaliação da Atenção Básica assessoraram a elaboração do principal produto a ser trabalhado pelas equipes das SES – Proposta Metodológica de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica.

PROJETO PARCEIROS DA CIDADANIA

Autor principal: Aluísio Gomes da Silva Júnior
Outros autores: Márcia Guimarães de Mello Alves; Fátima Cristina Araújo e Fabrícia Fernandes Duarte
Instituição: Agência Nacional de Saúde Suplementar
Município: Rio de Janeiro
Estado: Rio de Janeiro

A Constituição Federal de 1988 institui o Sistema Único de Saúde e estabelece seus princípios e diretrizes. De acordo com esses princípios, o sistema de saúde deve ser universal, integral e gratuito sendo permitido à iniciativa privada, o oferecimento e prestação de serviços de saúde de forma complementar e suplementar.

Com o crescimento do segmento de planos privados de assistência à saúde e dada a complexidade das relações contratuais, a sociedade passou a pleitear e exigir regulamentação específica para o setor. A Lei nº 9.656, de 1998, iniciou o processo de regulação do mercado de saúde suplementar, e trouxe uma nova disciplina jurídica para os planos privados de assistência à saúde, tendo como fonte subsidiária, dentre outras, o Código de Defesa do Consumidor. Além disso, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS pela Lei Federal nº 9.961, de janeiro de 2000, ficou estabelecida sua finalidade institucional de *"promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País"*. (grifo nosso)

A ANS tem procurado regular o mercado de saúde suplementar em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Assim, vem desenvolvendo projetos com foco na qualidade da assistência à saúde prestada pelas operadoras de planos de saúde aos seus beneficiários. A aferição dessa qualidade engloba ações com vistas à melhoria tanto no campo de informações como na área assistencial e objetiva a compreensão da saúde de maneira ampla e integral.

Com essa perspectiva e com vistas ao cumprimento do artigo 4º da Lei 9.961/00, a ANS tem procurado *"articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde..."*, por meio da criação , de forma pioneira, em 2003, do Projeto "Parceiros da Cidadania".

Organizado com o apoio do Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, este projeto teve por objetivo o fortalecimento da relação entre a ANS e o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor – SNDC.

Foram realizados 17 Seminários, em todos os Estados da Federação, destinados ao corpo técnico e diretivo dos Órgãos Públicos Estadual e Municipais com atuação na proteção e defesa dos consumidores do estado. Foram tratados temas gerais onde se apresentou um panorama do segmento de saúde suplementar no Brasil, esclarecimentos sobre os papéis de cada entidade parceira e discussões sobre assuntos específicos, objetos de consultas e reclamações nos órgãos de defesa do consumidor e no Disque ANS. Visou-se, neste espaço, a troca de informações e um maior conhecimento das especificidades locais e propostas de ações conjuntas.

Outras ações desenvolvidas no âmbito do Projeto foram: criação de um canal direto entre os órgãos atuantes na defesa do consumidor e a ANS, para encaminhamento de denúncias e suas respectivas respostas e esclarecimento de dúvidas referentes à legislação de saúde suplementar; elaboração de guias "Planos de Saúde, conheça seus direitos", para esclarecer dúvidas de consumidores referentes a reajustes de mensalidade, cobertura assistencial, carência, urgência e emergência e doenças e lesões preexistentes; elaboração de folder "Disque ANS", com informações para o consumidor sobre o papel da ANS e os canais de acesso para consulta ou denúncia; elaboração do CD "Coletânea das Normas e da Legislação de Saúde Suplementar" e da apostila com coletânea das normas e da legislação de saúde suplementar. Esse material tem sido distribuído aos técnicos dos órgãos de defesa do consumidor para que estes se mantenham informados e atualizados no momento do atendimento aos consumidores de planos de saúde.

Estima-se que o público atingido foi de 1.638 representantes de 550 diferentes instituições de defesa do consumidor, abrangendo 26 estados e cerca de 395 municípios.

Concluímos que essa estratégia possibilitou uma maior participação do cidadão organizado na defesa de seus direitos, em sua relação com as empresas de planos de saúde, através de diálogo constante com os órgãos e entidades civis atuantes na proteção e defesa do consumidor, com fomento de troca de informações com esses órgãos, em busca de uma atuação preventiva e um equilíbrio econômico socialmente justo.

UMA NOVA FORMA DE SELECIONAR TRABALHADORES DE SAÚDE

Autor principal: Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha
Instituição: Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe
Município: Aracajú
Estado: Sergipe

IINTRODUÇÃO

A seleção de assessores/consultores é uma atividade prevista no eixo de desenvolvimento institucional e de recursos humanos. O assessor/consultor é um profissional que faz parte de grupos de trabalho em posição de assessoria temporária ou nào, executando tarefas que envolvem processos de cooperação técnica, análise de situação de saúde, com aplicação de tecnologias e metodologias de gestão em saúde. Em uma situação de transformação institucional escolher pessoas que colaborem nessa tarefa se torna um desafio da gestão. A metodologia criada pela Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe - SES-SE se traduz em importante contribuição para esse fim.

JUSTIFICATIVA

A trajetória de mudanças da SES-SE ao se constituir em um novo sujeito coletivo – gestor de um sistema estadual de saúde – exige novos padrões de funcionamento para exercer suas macro-funções. O desempenho individual é, em grande parte, determinado pela forma como o ambiente organizacional é gerenciado (Daniels, 1989, Gilbert, 1978, Rummler e Brache, 1995 apud Santos et al, 2003), por isso a necessidade de escolher novas formas de seleção de pessoal que fuja da perspectiva da avaliação tradicional. Esta costuma ser reduzida a avaliar o capital cultural e técnico acumulado, por meio de análise de experiências profissionais e curriculares, ou por testes da tradição mentalística aplicados, centrados em avaliação de habilidades, em métodos projetivos o que não evita a rotulação pré-definidas dos candidatos (Santos, Franco e Miguel, 2003). Essa Seleção foi idealizada como um processo, utilizando técnicas combinadas, como avaliação curricular e através da realização de um Curso/Oficina enfocando conceitos básicos tanto os hegemônicos, contemplados na formação dos profissionais de saúde, quanto os novos conceitos necessários ao sistema em construção.

OBJETIVO

estabelecer uma nova forma de selecionar pessoal para compor o corpo de assessores da SES.

METODOLOGIA

O processo seletivo constou de:

1– Análise de currículos e da participação de um Curso/oficina de trabalho seletivo como 40 horas de duração. A fase de análise curricular foi realizada por membros da ata criada em 2004, pelo PRODOC/ UNESCO para esse fim.

2 – Participação em curso/oficina, adaptada da seqüência de atividades das Oficinas de Planejamento e Gestão e dos Cursos Introdutórios do Programa Saúde da Família PSF, considerando ser uma metodologia que já era de domínio de profissionais da SES envolvidos com capacitação de pessoal da Atenção Básica e das Equipes de Saúde de Família. Foi aplicado um pré-teste de acordo com a bibliografia indicada anteriormente. A oicina contou com momentos de teorização de conceitos chaves, apresentados aos candidatos de forma ordenada, de acordo com a literatura científica, explicitando bem quais as referências utilizadas. Depois da apresentação seguia-se uma rodada de debates que procura aproximar as posições iniciais dos candidatos com o apresentado por professores, consultores e gerentes que conduziram os momentos de teorização. Os instrutores teorizam pontos conceituais chaves que consideram como sendo necessários para a reflexão entre o real e a situação desejada e os avaliadores, em observação participante dos candidatos, pontuam com instrumentos criados para esse fim.

Um dos grandes desafios foi a *criação do método e dos grupos de avaliadores*, pois a atividade de avaliação pensada para pontuar os candidatos exigiu cuidado especial considerando questões como o papel desempenhado pelos instrutores/avaliadores e a eleição dos critérios observáveis e quantificáveis. No primeiro caso os instrutores avaliadores se constituíam como membros diferenciados do grupo, porém, imersos no campo, trabalhando em duplas e sob forma de rodízio mudando sempre de grupo e de duplas. A observação dos avaliadores foi transformada em dados quantificados, através de instrumentos de avaliação utilizando requisitos previamente escolhidas, com duas dimensões/categorias definidas para cada etapa da seqüência de atividades.

PRODUTO

A metodologia desenhada para a seleção de assessores/consultores centrada em Oficina de trabalho cuja seqüência de atividades procurou enfocar os sujeitos e suas práticas, abordando conteúdos que contextualizarão a visão dos candidatos-trabalhadores no SUS, sobre as práticas de saúde e de gestão. Também buscaram estabelecer um diálogo entre a percepção das categorias profissionais sobre suas práticas e as políticas de saúde, os problemas da população, as questões de gestão e gerência e as práticas desenvolvidas nas instituições gestoras do Sistema Único de Saúde. Envolveu 20 técnicos em atividades de planejamento e execução. Foram inscritos 36 candidatos tendo 34 comparecidos e concluído a Oficina e desses 12 foram escolhidos para ocupar o cargo de assessor de acordo com a maior pontuação.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

É difícil ter um registro fiel da riqueza presente nos momentos de discussão e de vivência, mesmo porque esse não era nem um objetivo, nem um produto previamente definido. Porém, consideramos que alguns produtos dos candidatos – como resultado das dinâmicas, tarefas e vivências solicitadas ou por iniciativa própria – são evidências que qualificam o processo. Três produtos merecem destaque: o painel, a festa e o texto coletivo. No painel por eles construído mostra a percepção do grupo sobre o processo a partir de depoimentos e traduziu o percurso que o grupo fez a partir dos conceitos chaves da oficina. Na festa, como tarefa de conclusão e de avaliação, os candidatos devolveram aos membros que conduziram o processo – coordenação, instrutores, condutores e facilitadores/avaliadores – todos os momentos que eles vivenciaram. E o texto coletivo descreve os sentimentos e o significado do processo pra os candidatos inclusive superando o aspecto competitivo que caracteriza uma seleção para ocupar cargo sendo considerada uma experiência que os fez "*saí um cidadão melhor e mais preparado*"e "*encontraram algo bem diferente do que procuravam; de novos conhecimentos, um encantamento em prol de um entendimento maior: o que era o SUS e a SES.*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contato é função do campo e obedece as leis que regem o campo, é vivência, algo objetivamente observável, teoria, técnica e arte. (Ribeiro, 1981). O processo criado pela SES-SE tornou possível aos participantes a mostrar-se, a revelar-se, a identificar-se com normas e valores onde toda a sociedade está imersa (Foulkes, 1969). As normas e valores em questão se remetem a tarefa de construir um sistema público de saúde, ode sujeitos coletivos que se colocam como executores de políticas públicas e buscam garantir de forma mais consciente a saúde como direito do cidadão. Dentre os desafios postos nessa construção, sem dúvida um dos mais importantes é entender que saberes e práticas serão exigidos nessa tarefa. De antemão, há evidências que os novos processos exigem das pessoas um agir comunicativo, conhecimentos e habilidades além dos tradicionais saberes gerenciais, clínico, epidemiológico e sanitário.

GESTÃO DA SAÚDE SOB A ÓTICA DO CICLO DE VIDA E DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA CIDADE DO PAULISTA – PE

Autor principal: Ana Letycia Crêspo de Senna Carvalho
Outros autores: Maria Martha Cavalcanti Padilha; Ricardo Rodrigues de Albuquerque; Elizabeth Farias Lopes; Renilda Batista de Almeida Florêncio; Mitael Sales Cavalcanti; Raimundo Mesquita Jr.
Instituição: Prefeitura da Cidade do Paulista - Secretaria de Saúde
Município: Recife
Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A cidade do Paulista, com 294.033 habitantes (IBGE-2005), localizada na Região Metropolitana do Recife (RMR) em Pernambuco, possui área de 94 km^2, distando 15 km da capital. No intuito de atender às exigências legais, e, imbuídos do movimento sanitário que originou o Sistema Único de Saúde (SUS), o Plano Municipal de Saúde (PMS) 2006-2009, consiste num agregador de intenções de governo para intervenção efetiva na realidade sanitária da Cidade. Para tanto, as diretrizes do SUS e demais instrumentos legais em vigor no município nortearam a proposta, porém numa mudança para segmentação das ações de forma a integrá-las e obter maior precisão na efetividade das mesmas. Assim, a adoção do ciclo de vida (criança, adolescente, adulto e idoso) como eixo agregador das políticas de saúde possibilitou a construção coletiva das ações de saúde para o próximo quadriênio de forma integrada e contextualizada pelas fases do ciclo.

A reflexão quanto à realidade sanitária do Paulista e ao ciclo de vida do cidadão paulistense promoveu a delimitação e composição de diretrizes e prioridades dispostas pelas fases do ciclo de vida (*criança*, *adolescente*, *adulto* e *idoso*) e pelas áreas que permeiam as ações de intervenção, porém, não possuem interface direta com o ciclo a exemplo da *efetivação da gestão da saúde, controle e inclusão socia*l e da *efetivação da vigilância em saúde*.

OBJETIVOS E PROPÓSITOS

A busca de ações de saúde com vistas ao ciclo de vida que venham efetivar e tomar os princípios do SUS e o que ele impõe, dá um novo enfoque ao modelo de atenção à saúde, com isso o indivíduo é abordado em sua totalidade, as ações a serem desenvolvidas permearão a fase de vida em que o indivíduo encontra-se no ciclo, segundo gênero e faixa etária. O eixo do modelo de atenção à saúde é pautado não só nas diretrizes do SUS, mas também na hierarquização das necessidades dos grupos populacionais, onde não se aceita uma atuação restrita aos problemas de saúde biologicamente estabelecidos, mas ao compromisso de realizar ações, ainda enquanto os indivíduos estiverem saudáveis, sem perder de vista o seu contexto familiar e social.

METODOLOGIA

Momento I - *Definição de atores para construção coletiva* - gestores da secretaria de saúde e equipe técnica de planejamento da secretaria de saúde da cidade do Paulista.

Momento II – *Concepção dos Cenários* – definição do foco de atuação da política de saúde para o quadriênio embasado no ciclo de vida.

Momento III – *Definição de diretrizes* e ações – diretrizes para efetivação de ações de saúde, segundo política específica, voltadas à criança, ao adolescente, ao adulto e ao idoso com vista à responsabilização sanitária de suas ações, bem como pelas áreas que permeiam as ações de intervenção, porém, não possuem interface direta com o ciclo a exemplo da efetivação da gestão da saúde, controle e inclusão social e da efetivação da vigilância em saúde.

PRODUTOS

O resultado do Momento II constituiu um modelo esquemático para melhor explicitar a atuação e interação do ciclo de vida e as intervenções, sua área de intersecção enquanto estratégia e seus reflexos no município. Também, foi concebida a integração das ações possibilitando um melhor aproveitamento dos esforços e recursos existentes no município em face à construção das políticas de saúde no município por ciclo de vida, sem perder a especificidade para atuação, porém, contextualizando suas estratégias de intervenção segundo fase do ciclo. Por fim, foram estabelecidas estratégias de intervenção para as políticas que não possuem atuação direta no ciclo de vida, porém permeiam as ações

agindo na situação de saúde por meio da gestão e vigilância em saúde.

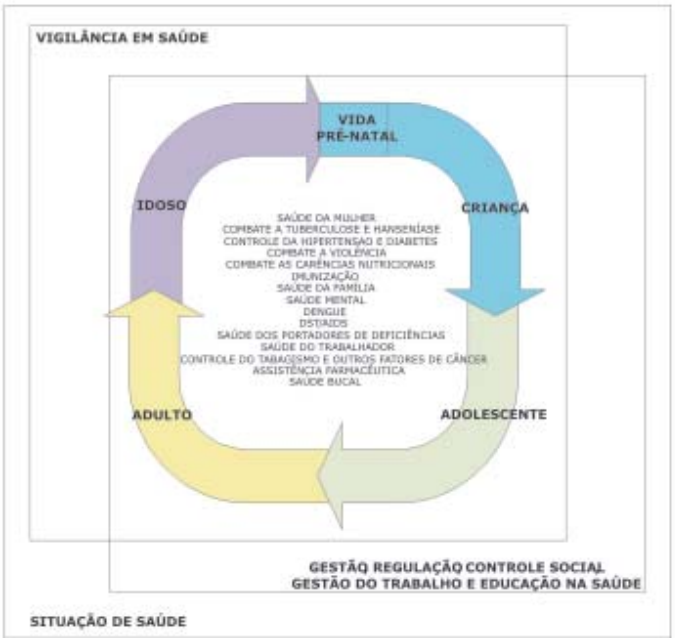
APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

As facilidades deste processo de construção e legitimação das ações perante seus executores, é evidente a integração de forma exitosa, pois, por meio do conhecimento das ações executadas pelas áreas específicas detectou-se que a informação não era socializada sobre as estratégias desenvolvidas. Foram identificadas as necessidade de intervenção na área administrativa para minimizar os entraves ocorridos durante a execução das ações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração de estratégias que permitam promover saúde a população com qualidade e ainda assim convergir esforços para minimizar a destinação dos escassos recursos pode ser considerada a meta de todo gestor. A presente metodologia não vem sanar essa busca, mas, busca segmentar claramente as ações das políticas com intervenção por fase segundo ciclo de vida, considerando a realidade sanitária do município e dos seus munícipes sob a ótica de racionalizar os esforços de promoção, prevenção e assistência, bem como integrar essas as ações e seus eixos de intervenção.

Modelo Esquemático
O ciclo de vida na cidade do paulista

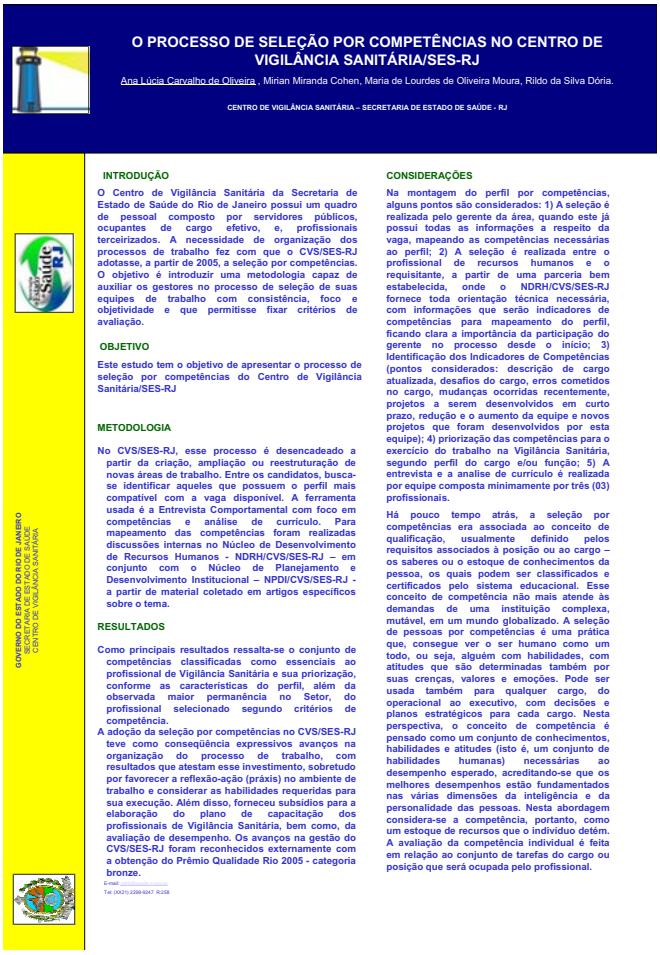


O PROCESSO DE SELEÇÃO POR COMPETÊNCIAS NO CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA/SES-RJ

Autor principal: Ana Lúcia Carvalho de Oliveira
Outros autores: Maria de Lourdes de Oliveira Moura; Mírian Miranda Cohen; Rildo da Silva Dória
Instituição: Centro de Vigilância Sanitária
Município: Rio de Janeiro
Estado: Rio de Janeiro

O Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro possui um quadro de pessoal composto por servidores públicos, ocupantes de cargo efetivo, e, profissionais terceirizados. A necessidade de organização dos processos de trabalho fez com que o CVS/SES-RJ adotasse, a partir de 2005, a seleção por competências. O objetivo é introduzir uma metodologia capaz de auxiliar os gestores no processo de seleção de suas equipes de trabalho com consistência, foco e objetividade e que permitisse fixar critérios de avaliação.

Há pouco tempo atrás, a seleção por competências era associada ao conceito de qualificação, usualmente definido pelos requisitos associados à posição ou ao cargo – os saberes ou o estoque de conhecimentos da pessoa, os quais podem ser classificados e certificados pelo sistema educacional. Esse conceito de competência não mais atende às demandas de uma instituição complexa, mutável, em um mundo globalizado. A seleção de pessoas por competências é uma prática que, consegue ver o ser humano como um todo, ou seja, alguém com habilidades, com atitudes que são determinadas também por suas crenças, valores e emoções. Pode ser usada também para qualquer cargo, do operacional ao executivo, com decisões e planos estratégicos para cada cargo. Nesta perspectiva, o conceito de competência é pensado como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (isto é, um conjunto de habilidades humanas) necessárias ao desempenho esperado, acreditando-se que os melhores desempenhos estão fundamentados nas várias dimensões da inteligência e da personalidade das pessoas. Nesta abordagem considera-se a competência, portanto, como um estoque de recursos que o indivíduo detém. A avaliação dessa competência individual é feita, no entanto, em relação ao conjunto de tarefas do cargo ou posição que será ocupada pelo profissional.



O PROCESSO DE SELEÇÃO POR COMPETÊNCIAS NO CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA/SES-RJ

Ana Lúcia Carvalho de Oliveira , Mirian Miranda Cohen, Maria de Lourdes de Oliveira Moura, Rildo da Silva Dória.

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - RJ

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

INTRODUÇÃO

O Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro possui um quadro de pessoal composto por servidores públicos, ocupantes de cargo efetivo, e, profissionais terceirizados. A necessidade de organização dos processos de trabalho fez com que o CVS/SES-RJ adotasse, a partir de 2005, a seleção por competências. O objetivo é introduzir uma metodologia capaz de auxiliar os gestores no processo de seleção de suas equipes de trabalho com consistência, foco e objetividade e que permitisse fixar critérios de avaliação.

OBJETIVO

Este estudo tem o objetivo de apresentar o processo de seleção por competências do Centro de Vigilância Sanitária/SES-RJ

METODOLOGIA

No CVS/SES-RJ, esse processo é desencadeado a partir da criação, ampliação ou reestruturação de novas áreas de trabalho. Entre os candidatos, busca-se identificar aqueles que possuem o perfil mais compatível com a vaga disponível. A ferramenta usada é a Entrevista Comportamental com foco em competências e análise de currículo. Para mapeamento das competências foram realizadas discussões internas no Núcleo de Desenvolvimento de Recursos Humanos - NDRH/CVS/SES-RJ – em conjunto com o Núcleo de Planejamento e Desenvolvimento Institucional – NPDI/CVS/SES-RJ - a partir de material coletado em artigos específicos sobre o tema.

RESULTADOS

Como principais resultados ressalta-se o conjunto de competências classificadas como essenciais ao profissional de Vigilância Sanitária e sua priorização, conforme as características do perfil, além da observada maior permanência no Setor, do profissional selecionado segundo critérios de competência.
A adoção da seleção por competências no CVS/SES-RJ teve como conseqüência expressivos avanços na organização do processo de trabalho, com resultados que atestam esse investimento, sobretudo por favorecer a reflexão-ação (práxis) no ambiente de trabalho e considerar as habilidades requeridas para sua execução. Além disso, forneceu subsídios para a elaboração do plano de capacitação dos profissionais de Vigilância Sanitária, bem como, da avaliação de desempenho. Os avanços na gestão do CVS/SES-RJ foram reconhecidos externamente com a obtenção do Prêmio Qualidade Rio 2005 - categoria bronze.

E-mail:
Tel: (0021) 2299-9247 R:258

CONSIDERAÇÕES

Na montagem do perfil por competências, alguns pontos são considerados: 1) A seleção é realizada pelo gerente da área, quando este já possui todas as informações a respeito da vaga, mapeando as competências necessárias ao perfil; 2) A seleção é realizada entre o profissional de recursos humanos e o requisitante, a partir de uma parceria bem estabelecida, onde o NDRH/CVS/SES-RJ fornece toda orientação técnica necessária, com informações que serão indicadores de competências para mapeamento do perfil, ficando clara a importância da participação do gerente no processo desde o início; 3) Identificação dos Indicadores de Competências (pontos considerados: descrição de cargo atualizada, desafios do cargo, erros cometidos no cargo, mudanças ocorridas recentemente, projetos a serem desenvolvidos em curto prazo, redução e o aumento da equipe e novos projetos que foram desenvolvidos por esta equipe); 4) priorização das competências para o exercício do trabalho na Vigilância Sanitária, segundo perfil do cargo e/ou função; 5) A entrevista e a analise de currículo é realizada por equipe composta minimamente por três (03) profissionais.

Há pouco tempo atrás, a seleção por competências era associada ao conceito de qualificação, usualmente definido pelos requisitos associados à posição ou ao cargo – os saberes ou o estoque de conhecimentos da pessoa, os quais podem ser classificados e certificados pelo sistema educacional. Esse conceito de competência não mais atende às demandas de uma instituição complexa, mutável, em um mundo globalizado. A seleção de pessoas por competências é uma prática que, consegue ver o ser humano como um todo, ou seja, alguém com habilidades, com atitudes que são determinadas também por suas crenças, valores e emoções. Pode ser usada também para qualquer cargo, do operacional ao executivo, com decisões e planos estratégicos para cada cargo. Nesta perspectiva, o conceito de competência é pensado como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (isto é, um conjunto de habilidades humanas) necessárias ao desempenho esperado, acreditando-se que os melhores desempenhos estão fundamentados nas várias dimensões da inteligência e da personalidade das pessoas. Nesta abordagem considera-se a competência, portanto, como um estoque de recursos que o indivíduo detém. A avaliação da competência individual é feita em relação ao conjunto de tarefas do cargo ou posição que será ocupada pelo profissional.

No CVS/SES-RJ, esse processo é desencadeado a partir da criação, ampliação ou reestruturação de novas áreas de trabalho. Entre os candidatos, busca-se identificar aqueles que possuem o perfil mais compatível com a vaga disponível. A ferramenta usada é a Entrevista Comportamental com foco em competências e análise de currículo. Para mapeamento das competências foram realizadas discussões internas no Núcleo de Desenvolvimento de Recursos Humanos - NDRH/CVS/SES-RJ – em conjunto com o Núcleo de Planejamento e Desenvolvimento Institucional – NPDI/CVS/SES-RJ - a partir de material coletado em artigos específicos sobre o tema.

Na montagem do perfil por competências, alguns pontos são considerados: 1) A seleção é realizada pelo gerente da área, quando este já possui todas as informações a respeito

da vaga, mapeando as competências necessárias ao perfil; 2) A seleção é realizada entre o profissional de recursos humanos e o requisitante, a partir de uma parceria bem estabelecida, onde o NDRH/CVS/SES-RJ fornece toda orientação técnica necessária, com informações que serão indicadores de competências para mapeamento do perfil, ficando clara a importância da participação do gerente no processo desde o início; 3) Identificação dos Indicadores de Competências (pontos considerados: descrição de cargo atualizada, desafios do cargo, erros cometidos no cargo, mudanças ocorridas recentemente, projetos a serem desenvolvidos em curto prazo, redução e o aumento da equipe e novos projetos que foram desenvolvidos por esta equipe); 4) priorização das competências para o exercício do trabalho na Vigilância Sanitária, segundo perfil do cargo e/ou função; 5) A entrevista e a analise de currículo é realizada por equipe composta minimamente por três (03) profissionais.

A principal dificuldade para implementação do processo seletivo por competência está na necessidade de rompimento com o modelo tradicional de seleção, cujos critérios se baseiam principalmente na analise clássica de currículo e na relação de confiança. Soma-se a isto, a dificuldade de se consensuar as competências necessárias ao perfil em um campo tão abrangente e complexo como o da vigilância sanitária.

Entre as facilidades destacam-se dois pontos fundamentais: 1) a decisão política da Direção Geral do CVS/SES-RJ e seu apoio ao processo e, 2) a capacitação pedagógica do profissional de recursos humanos para atuar de acordo com os pressupostos requeridos ao desenvolvimento institucional.

Como principais resultados ressalta-se o conjunto de competências classificadas como essenciais ao profissional de Vigilância Sanitária e sua priorização, conforme as características do perfil, além da maior permanência no Setor do profissional selecionado segundo critérios de competência.

A adoção da seleção por competências no CVS/SES-RJ teve como conseqüência expressivos avanços na organização do processo de trabalho, com resultados que atestam esse investimento, sobretudo por favorecer a reflexão-ação (práxis) no ambiente de trabalho e considerar as habilidades requeridas para sua execução. Além disso, forneceu subsídios para a elaboração do Plano de Capacitação dos Profissionais de Vigilância Sanitária, bem como, da Avaliação de Desempenho. Os avanços na gestão do CVS/SES-RJ foram reconhecidos externamente com a obtenção do Prêmio Qualidade Rio 2005 - categoria bronze.

PROJETO IDÉIAS & IMAGENS NA GESTÃO DO SUS: REGIONALIZAÇÃO

Autor principal: Ana Lúcia Pereira
Outros autores: André Luís Bonifácio de Carvalho; Lumêna Almeida Castro Furtado; Stefanie Kulpa; Débora Cristina Bertussi
Instituição: Ministério da Saúde
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

O Ministério da Saúde vem realizando um grande movimento para apoiar a qualificação da capacidade de gestão na saúde de estados e municípios, no sentido de aprofundar e consolidar as diretrizes constitucionais de descentralização e regionalização do Sistema Único de Saúde. Certamente, um desafio que hoje se coloca é o de precisar o papel das esferas estadual, municipal e federal, reforçando e qualificando a descentralização e a gestão do SUS.

Neste contexto, o Projeto Idéias & Imagens na Gestão do SUS constitui uma estratégia que objetiva difundir e debater temas importantes para o âmbito da gestão do sistema de saúde nas esferas federal, estadual e municipal. A partir da produção de materiais educativos audiovisuais/vídeos de apoio à gestão do SUS, este projeto promove a disseminação de informações, a divulgação de práticas inovadoras e transformadoras de gestão, bem como de experiências de enfrentamento de questões e dificuldades inerentes a esta pratica.

O vídeo número 3 (três) desta coletânea versa sobre Regionalização. As Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estadual(ais) a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados no território.

A delimitação de uma Região de Saúde deve propiciar certo grau de resolutividade àquele território, como suficiência em atenção básica e parte da média complexidade. O planejamento deve considerar parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com eqüidade no acesso. Para garantir a atenção na alta complexidade e em parte da média complexidade da assistência, as regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, com agregação de mais de uma região em uma macrorregião. O ponto de corte da média complexidade, na região ou macrorregião, deve ser pactuado na CIB, a partir da realidade de cada estado. Em alguns estados com maior adensamento tecnológico, a alta complexidade pode estar contemplada dentro de uma mesma região.

O conjunto dos gestores municipais da região e a representação do gestor estadual deverão constituir um espaço permanente de pactuação, co-gestão solidária e cooperativa, por meio de um Colegiado de Gestão Regional (CGR). A denominação e o funcionamento desse Colegiado devem ser acordados na CIB.

De acordo com o conceito constante no pacto pela saúde 2006, podem ser consideradas regiões de saúde: Distritos de Saúde – São áreas organizadas dentro de um único município de grande extensão territorial e/ou densidade populacional que, conjuntamente, formam uma Região de Saúde Intramunicipal. Região de Saúde Interestadual – É composta por municípios limítrofes, situados em diferentes estados. Região de Saúde Intraestadual – É composta por municípios de um mesmo estado. Região de Saúde Intramunicipal – Organizada dentro de um único município com grande extensão territorial e/ou densidade populacional, cuja área é composta por Distritos de Saúde. Regiões Fronteiriças – Compostas por municípios limítrofes, situados em países vizinhos. Nesses casos, o Ministério da Saúde (MS) encarrega-se de promover a articulação entre os países e órgãos envolvidos, implementando os sistemas de saúde locais, coordenando e fomentando a constituição entre as Regiões de Saúde e participando dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs).

O resultado esperado do processo de elaboração, produção distribuição e divulgação do vídeo é o de contribuir para a compreensão, por parte dos atores implicados na construção do SUS, de um conceito ampliado de regionalização, , bem como promover o reconhecimento da importância do acolhimento desta dinamicidade dos territórios vivos no processo da regionalização da saúde.

"UMA NOVA VISÃO ADMINISTRATIVA PARA O CRIO; NA PERSPECTIVA DE ATENDIMENTO DO PACIENTE ONCOLÓGICO DO SUS"

Autor Principal: Ana Valéria Escolástico Mendonça
Instituição: Centro Regional Integrado de Oncologia
Município: Fortaleza
Estado: Ceará

Considerando ser o Sistema Único de Saúde - SUS ser o maior mantenedor dos serviços especializados em ONCOLOGIA, o Centro Regional Integrado de Oncologia - CRIO sentiu a necessidade de (Re)posicionar o modelo de gestão visando oferecer um serviço mais amplo, mais acessível e principalmente mais efetivo. Introduzimos então o Projeto "Uma nova visão administrativa para o CRIO, na perspectiva de atendimento do paciente oncológico do SUS". O CRIO é um prestador de serviços SUS com 98% de sua capacidade instalada dedicada a esta parceria. Nosso maior desafio foi imprimir na mentalidade dos colaboradores em geral, fornecedores, comunidade, a própria Diretoria e todo corpo funcional, que o CRIO era uma Empresa e como tal necessitava rever conceitos, quebrar alguns paradigmas e conquistar competitividade para garantir sua própria sustentabilidade. Indiscutivelmente o impacto causado, gerou uma nova visão e estabelecemos neste momento as "novas regras", o novo jeito de fazer saúde, numa perspectiva mais firme e abrangente. Os resultados de imediato foram aparecendo e instalava-se um clima favorável a toda mudança que estávamos propondo. Neste momento registramos um impacto no sistema de saúde local, pois como referência estadual em Oncologia, o CRIO consolida sua tradição de bons serviços e colaborando com os indicadores mais otimistas no setor saúde do Estado do Ceará. Optamos pelo eixo 3 - Condução do sistema de saúde pois analisando os tópicos propostos neste, vislumbramos que este é o caminho.

Estrategicamente estabelecemos objetivos Institucionais e operacionais que garantem até hoje a missão do nosso negócio. Prioritariamente elegemos a qualidade nos serviços prestados e a amplitude no atendimento como objetivo permanente. Ampliamos o mix de serviços e imprimimos a marca da atenção integral em saúde, pois entendemos que só o tratamento terapêutico não atende as necessidades do nosso cliente, principalmente no Cenário ONCOLOGIA A metodologia utilizada foi revista. Quanto ao gerenciamento de processos administrativos e assistenciais, o Projeto por tratar de aspectos principalmente no foco de custos e novo modelo de gestão, com certeza tem-se apresentado de forma absolutamente inovadora, inclusive praticando metodologias não convencionais em empresas especializadas como é o CRIO. Implementamos ferramentas da gestão pública, observando obviamente o porte de nossa empresa, a missão e o negócio e dispensando aspectos burocráticos excessivos e prejudiciais ao bom andamento dos processos. (RE)criamos os processos administrativos, principalmente no que refere-se a gestão de compras, estoques, financeiro e faturamento. Implantamos o sistema de METAS, e fomos monitorando cada indicador e trabalhando na filosofia PDCA do Programa de qualidade. Neste aspecto qualidade total, optamos por criar um modelo prático, abrangente e alinhado com as estratégias da empresa, ao invés daqueles programas de qualidade proforma e que são implantados somente por modismo. Atualmente apresentamos os resultados sob a forma de relatório de gestão mensal, onde as metas são analisadas e revistas a cada informação gerencial apresentada.

No aspecto instrumentos normativos realizamos 02 grandes feitos: A padronização de medicamentos (drogas em geral) e de material médico hospitalar. Estabelecemos também critérios normativos quanto ao uso racional destes insumos X repasse da tabela SUS e convênios particulares. No trato administrativo elaboramos várias normatizações que geraram maior controle e confiabilidade dos processos. Hoje dispomos de ferramentas gerencias que facilitam o processo de tomada de decisão, sobretudo por terem impacto financeiro.

Intensificamos as ações numa importante área administrativa: Zeladoria

Através da implantação do Projeto "NOVA VISÃO" ampliamos os serviços e oferecemos hoje tratamento especializado em oncologia com o diferencial de oferecermos apoio multiprofissional com: terapia ocupacional, psicologia, serviço social, nutrição, fonoaudiologia, clínica da dor, fisioterapia dentre outros que estamos estruturando para melhor atender nosso cliente SUS. Quanto a contribuição para o desenvolvimento sustentável da sociedade: O Projeto teve grande impacto social para a comunidade, pois pela a Instituição está localizada em área considerada de média e baixa rendas, os programas aqui implantados atingem diretamente a

comunidade adjacente. Considerando o aspecto institucional a maior contribuição social foi a implantação da "Nossa Casa de apoio ", hoje reconhecida como OSCIP , atendendo em média 40 pessoas / mês, oriundas do interior do Estado e mesmo da Capital que não têm condição de realizar tratamento diário (custo com transporte) e/ou por apresentarem falta de condição física no translado (debilitados pelo tratamento de quimio ou radioterapia).

Desenvolvemos também ações como prevenção de câncer ginecológico, mama, boca, próstata, dentre outros. Realizamos também palestras nas escolas com parceiro cientifico nosso - O GEEON, grupo de estudos especializados em oncologia, desenvolvido com o apoio da Universidade Federal do Ceará. Estamos também engajados em diversas campanhas institucionais. No próximo dia 28/05 realizaremos a I CORRIDA CONTRA O TABAGISMO DO CRIO - com percurso programado para passar em escolas da comunidade e em equipamentos de saúde localizados nas adjacências do CRIO.

Estamos também desenvolvendo vários programas através da ASSOCRIO - associação dos amigos do CRIO, OSCIP mantenedora da "NOSSA CASA" e que realiza atividades através do grupo gestor de apoio denominado - GRUPO REVIVER, composto por administrador hospitalar (Idealização do Projeto), assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, médicos, fonoaudiologia, fisioterapeutas, farmacêuticos, enfermeiros e voluntários em geral. Estamos recebendo doações diversas e como a manutenção financeira da NOSSA CASA é assegurada pelo próprio CRIO, estamos desenvolvendo ações no sentido de prestar um atendimento personalizado no pós tratamento, pois detectamos que nossos pacientes ao retornarem para sua origem, normalmente têm dificuldades financeiras, comprometendo alimentação, cuidados especiais, higiene pessoal e outros.

REGIONALIZAÇÃO E GESTÃO COMPARTILHADA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Autor principal: Anamaria Schneider
Outros autores: Ferla; A.;Gutierrez; A. C.Binsfeld; L; Gil; O.F. I
Instituição: Ministério da Saúde
Município: Rio de Janeiro
Estado: Rio de Janeiro

A Região Metropolitana do Rio de Janeiro tem cerca de 11 milhões de pessoas que circulam num espaço urbano contíguo, com pequenas distâncias geográficas grande diversidade de problemas, com livre circulação da população entre os diversos municípios e serviços para a busca de cuidado em saúde. Conforme apontam os princípios legais do SUS, o estabelecimento de mecanismos de integração regional é fundamental para alcançar resultados satisfatórios na atenção à saúde. Entretanto, diferentes análises têm mostrado limites nos mecanismos formalmente utilizados até o presente momento e a criação de novos dispositivos diante das diferentes realidades no país. Um exemplo é a Comissão Metropolitana Tripartite, formada em julho de 2005, com a presença de autoridades sanitárias da União, Estado e Municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro e instituições de ensino e pesquisa em saúde, de forma consensual e pela livre adesão.

O estudo da experiência desenvolvida, com base na análise documental, na observação participante e em entrevistas semi-estruturadas, permite afirmar que o curto espaço de tempo da instalação da Comissão Metropolitana não gerou profundas mudanças estruturais, culturais e políticas no sistema de saúde. No entanto, há em curso um processo de diálogo e entendimento que tem proporcionado alguns avanços. Nesse processo coletivo e multi-institucional, algumas tecnologias de gestão parecem emergir, com forte potencial para superar o formalismo apontado na literatura como responsável pelo atenuamento dos dispositivos vigentes. Além de ferramentas e processos para a gestão conjunta de recursos de investimento para as necessidades regionais, a retomada da discussão de um consórcio público aponta nessa direção. Mas, sobretudo, a experiência analisada parece retomar uma disposição legal parcialmente submetida aos problemas identificados no cotidiano da relação federativa até agora: o compartilhamento entre as três esferas de governo na gestão da saúde. O aprofundamento da experiência analisada e dos estudos acerca das tecnologias que vêm sendo produzidas poderá gerar uma nova etapa do processo de regionalização da saúde no cenário do SUS.

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL - SISVAN NO BRASIL

Autor principal: Andhressa Araújo Fagundes Romeiro
Outros autores: Helen Duar; Célio Cunha; Fábio Teixeira; Ana Beatriz Vasconcellos.
Instituição: Ministério da Saúde/DAB
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O quadro nutricional do país revela mudanças no padrão nutricional, indicando a existência de desnutrição e sobrepeso, o que traz grandes desafios ao setor saúde. Hoje existem evidências científicas que apontam de forma inequívoca o impacto da alimentação saudável na prevenção de mortes prematuras causadas por doenças cardíacas, câncer e outras doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, hipertensão e, também, à obesidade, que por si só, aumenta o risco desta e de outras doenças graves. Vale ressaltar que nas últimas décadas as doenças crônicas não transmissíveis – DCNT passaram a liderar as causas de óbito do país.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN é uma ferramenta tecnológica desenvolvida e disponibilizada para os estados e municípios. Tem como objetivo construir um sistema nacional sobre a situação alimentar e nutricional da população atendida pelo SUS. Atualmente está instalado em 3.979 municípios. Tem o propósito, a partir das informações da atenção básica do SUS, de orientar o planejamento e analisar os programas nutricionais. Apesar da tentativa governamental de implantar o SISVAN no país existir a 29 anos, ainda não havia uma padronização e informatização desencadeada pelo Ministério da Saúde.

PROPÓSITO E OBJETIVO

No âmbito da avaliação de processo, busca-se analisar a qualidade da estratégia de implantação do sistema e das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, com a identificação da eficácia desse processo.

Este estudo tem o objetivo de descrever a metodologia utilizada para avaliar o grau de implantação e a gestão do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil, por meio das Coordenações Estaduais e Municipais de Alimentação e Nutrição.

METODOLOGIA

A estratégia de implantação do SISVAN adotada é composta pela instalação do sistema nos municípios, capacitações de recursos humanos, realização de eventos de sensibilização para os gestores e profissionais e elaboração de publicações. A avaliação do processo de implantação do SISVAN visa identificar a qualidade da estratégia, dificuldades e problemas encontrados e propor intervenções. É um estudo descritivo realizado por meio de inquérito transversal, quantitativo e qualitativo. Foram elaborados protocolos de avaliação, estadual e municipal, sobre as capacitações, implantação do SISVAN (coleta, processamento e análise dos dados) e sistema, visando à obtenção da percepção dos coordenadores locais sobre a adequabilidade do desenvolvimento deste processo. A pesquisa abrange as 27 UF com uma amostra probabilística de seleção aleatória simples estratificada pelo tamanho populacional representativa de 271 municípios, incluindo todas as capitais, garantindo melhor representatividade da população, com variabilidade de 13%. Foi construído *site* pela equipe de informática da CGPAN, com acesso restrito e senha para cada informante.

RESULTADO

Os dados foram coletados no período de Outubro de 2005 a Janeiro de 2006. Todas as Coordenações Estaduais das 27 Unidades da Federação e 89% da amostra de municípios (241) responderam ao protocolo de avaliação do processo. A análise de dados está em fase final e a previsão de conclusão do estudo é Maio de 2006.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise está sendo realizada no Excel e no programa SAS com indicadores de processo definidos equipe de gestora do SISVAN do MS.

Percebe-se quer para sua efetiva implementação na esfera local é imprescindível a adesão dos gestores de saúde, garantia de investimentos em capacitações dos profissionais e uma estreita de integração com as Equipes de Saúde da Família. Ainda há um longo caminho para o SISVAN percorrer: efetivar sua utilização nos municípios e garantir que as informações sejam transformadas em ações, planejamento e avaliação de políticas.

BANDA CUBAS – INSTRUMENTO DE COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DE DADOS DAS UNIDADES

Autor principal: André Fróes Nachtergaele
Instituição: Secretaria da Saúde do Município de São Paulo
Município: São Paulo
Estado: São Paulo

A Cidade de São Paulo tem aproximadamente 6 milhões de dependentes SUS, distribuída em regiões com múltiplas realidades que necessitam de formas variadas de cuidados de saúde, com processos de trabalho desenvolvidos para responder as necessidades locais. Tais características aumentam a complexidade e dificuldade na gestão dos serviços de saúde e conseqüentemente na coleta e sistematização das informações necessárias para implantar as políticas públicas de saúde, que são promovidas por seus aproximados 70.000 colaboradores distribuídos nas 396 Unidades Básicas de Saúde, divididas em 24 Supervisões Técnicas de Saúde, nas 5 Coordenadorias Regionais de Saúde, que fazem parte da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Com o objetivo de identificar e conhecer a variedade de formas de atuação sobre os processos de trabalho desenvolvemos, em dezembro de 2005, um *Banco de Dados da Caracterização das Unidades Básicas de Saúde - BANDA CUBAS;* foram considerados no seu desenvolvimento o que chamamos de *Prontuários da Unidade*, que são: Dados Gerais de Identificação, Infra-estrutura, Equipamentos e Materiais de Apoio, Distribuição de Recursos Humanos, Capacitação, Fluxo de Atendimento, Processos de Trabalho, Aplicativos e Sistemas de Informação e Organização Política.

Para tanto, foi formulada uma planilha eletrônica contendo aproximadamente 2000 questões divididas em quesitos identificados por cor, com tabelas de apoio, orientações de preenchimento e versão para impressão. Estas informações foram enviadas em disquetes numerados seqüencialmente para todas as Unidades Básicas de Saúde com prazo de retorno pré-definido. Criamos outra planilha que controla a numeração dos disquetes - rotulados por Unidade – e as datas de envio e retorno. E, uma nova planilha extrai as respostas contidas nos campos, codificados, servindo de base e backup para um banco de dados em Access.

A partir destes instrumentos torna-se possível a extração de diversos relatórios, possibilitando diferentes combinações, desde dos simples *Prontuários da Unidade*, que respondem a questões como: última reforma, acesso para deficientes, quantidade de consultórios, equipamentos e equipes de odontologia, formação do gerente, quantidade de cardiologistas presentes em Unidades Básicas, tipo de profissional que atende na recepção e farmácia, quantidade e estado de conservação das balanças infantis, como também permite o cruzamento entre estes prontuários, como Processo de Trabalho com Recursos Humanos e Equipamentos, indicando se para uma ação programática especifica há Recursos Humanos disponível e os equipamentos que a Unidade necessita. Por exemplo: Atendimento à mulher/ ginecologista/ consultório/ instrumental para coleta de papanicolau; ou equipamentos de informática/ sistemas utilizados/ relatórios que a unidade pode utilizar na sua rotina.

O BANDA CUBAS viabiliza-se, então, como uma ferramenta versátil para o planejamento a longo prazo (necessidade de adequações ou mudanças em estrutura física para implantação e oferecimento de novos serviços, ou a adequação para acesso irrestrito a portadores de deficiência), assim como para uma ação mais rápida como a identificação da demanda por capacitações. Pode também ajudar a decidir sobre a compra ou manutenção de equipamentos e sobre a contratação ou relocação dos recursos humanos existente.

A atualização periódica deste banco de dados será necessária, sendo a princípio planejada para cada seis meses. Em Agosto de 2006 aplicaremos novamente o questionário revisado, com ajustes, correções e ampliação das questões onde se faça necessário. Devemos prever e planejar também a importação de dados dos sistemas de informação oficiais (CNES, SIAB, SISPRENATAL, HIPERDIA...), resumindo assim expressivamente o tempo de resposta pelas Unidades Básicas de Saúde e, aumentando a confiabilidade nas respostas. Outra forma segura e confiável de se aplicar e atualizar este questionário será via internet, porem somente quando todas as Unidades Básicas de Saúde estiverem com acesso à rede informatizada.

Também se faz necessário que este questionário seja oficializado pela instituição como um instrumento de coleta de dados complementar, gerando assim menos resistência na hora de seu preenchimento pelos gerentes das 396 Unidades Básicas de Saúde.

Planejamos também o retorno das informações coletadas, em forma de relatório por prontuário, para as Unidades Básicas de Saúde com as suas informações, para as Supervisões Técnicas de Saúde com as informações de cada uma de suas Unidades, para as Coordenações Regionais de Saúde, englobando suas Supervisões e suas Unidades e também para diversos setores do Gabinete, como Recursos Humanos, Áreas Temáticas, Coordenação de Informação Epidemiológica e outros, alinhando assim todos na mesma fonte de informações.

Durante a execução deste trabalho, desde a elaboração e confecção do questionário até o retorno do último disquete pelas Unidades, diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde demonstraram interesse em seus resultados e informações, que estarão disponíveis para avaliação, planejamento e impacto local de políticas de saúde implantadas nas Unidades de Saúde.

Embora ainda em processo de finalização do primeiro ciclo do BANDA CUBAS, já podemos prever o potencial de mudanças que esta ferramenta proporcionará na gestão plena do SUS na Cidade de São Paulo.

IMPLANTAÇÃO DA CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE NA PARAÍBA: A CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE REGULAÇÃO E MELHORIA NO ACESSO DOS USUÁRIOS DO SUS NA SEGUNDO MACRO REGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA

Autor principal: André Luis Bonifácio de Carvalho
Outros autores: Luiz Queiroz ; Mércia Maria S. Coutinho; Jose Francisco de Sousa; Sonires Barbosa; Hevelter Rodrigues Guedes e Josivan Soares
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O município de Campina Grande, Gestor Pleno de Sistema, desde maio de 1998 através da portaria do Ministério da Saúde nº 2801, possui um sistema de saúde composto por instituições públicas, filantrópicas e privadas, distribuídas em seis Distritos Sanitários de Saúde que conformam a rede municipal de saúde que conta com 134 estabelecimentos/serviços de saúde prestando atendimentos regularmente ao SUS. No Âmbito do Plano Diretor de Regionalização, Campina Grande é considerado município Pólo, recebendo referência de 171 dos 223 municípios paraibanos o que eleva sua população de abrangência de 365.000 habitantes para cerca de 1.200.000 habitantes. Ainda no tocante a rede de serviços os dados mostram que 68,75% dos serviços são privados e concentram 63,75% dos leitos hospitalares do município. No Tocante a atenção básica o Município possui uma rede como dois modelos concorrentes, de um lado o Saúde da Família com 50 equipes, que cobrem 36% da população e do outro a porta aberta concorrente a proposta organização da rede através da adscrição da clientela. Qualificar o processo de gestão e regulação através da implantação de uma central de marcação de consultas especializadas e exames, com possibilidade de ampliação para leitos e atendimento pré-hospitar para urgência e emergência (SAMU), com interface para o uso do Cartão-SUS, possibilitando desta forma um acesso mais qualificado do usuário do SUS as ações e aos serviços de saúde local foi uma das estratégias escolhidas pela gestão da saúde em Campina Grande no período de 2002 a 2004.

OBJETIVOS

Qualificar o acesso dos usuários do SUS através da implantação da Central de Marcação de Consultas e Exames com vistas a implantação do processo de regulação na segundo Macro-Região de Saúde da Paraíba.

METODOLOGIA

Os trabalhos foram iniciados com um diagnóstico da situação do acesso dos usuários a atenção básica local e aos serviços referentes a consultas e exames especializados em Campina Grande. Partimos para a discussão com o Conselho Local de Saúde, trabalhadores e prestadores públicos e privados. Procuramos a parceria do Ministério Público e desenvolvemos material educativo e de mídia para a disseminação da proposta em todo o Estado. Realizamos encontros regionais e macro-regionais nos municípios de Patos e Sousa, envolvendo todos os gestores da região. A implantação do sistema se deu em dezembro de 2003 e possibilitou a interface com os dados da PPI, do cadastro dos serviços e do cartão SUS.

O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

Conseguimos colocar em processo de regulação todas as consultas e exames especializados que eram oferecidos pelos prestadores do município. Reordenamos o processo de solicitação oriundo das unidades do PSF e da rede que ainda trabalhava com a adscrição de clientela. Com muita resistência conseguimos fechar o sistema paralelo de marcação existente no Hospital Universitário, que era utilizado, muitas vezes de forma inadequada, constituindo uma única porta de entrada para as solicitações de consultas e exames especializadas. Proporcionamos a população à condição de saber o dia a hora e o local corrigem de atendimento às suas necessidades em termos da atenção em clina especializada e diagnose. Ouvimos o relato de vários usuáriuos que afirmaram não ter mais que

utilizar 5 a 6 transportes para conseguir uma consulta ou exame o mais simples. Proporcionamos a equipe do controle e avaliação a identificação do tipo de exame solicitado, a procedência, o profissional solicitante e se o paciente foi havia sido atendido ou não, o que reduziu em 100% a pressão dos prestadores que antes da sua implantação fechavam as portas para o atendimento de diversos procedimentos de diagnose, patologia clinica em particular, no 15 dia útil do mês. Ampliamos a qualidade no acesso e o controle sobre os procedimentos realizados e melhoramos a comunicação com os municípios com uso da internet.

CONCLUSÃO

A implantação da Central de Marcação ampliou a capacidade de gestão da SMS-CG, propiciou o acesso qualificado dos usuários aos serviços e ações de saúde especializados, fazendo com que pudéssemos imprimir uma nova lógica nas ações de regulação e controle no âmbito local e regional. Nos mostrou as debilidades da gestão no tocante ao modelo de atenção vigente no município, explicitou a tensão entre prestadores e a gestão na busca do ordenamento das relações inerentes ao comando e direção dos processo de regulação do SUS.

PROJETO DA REDE DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE: A IDÉIA; OS DESEJOS E AS POSSIBILIDADE DE TRANSFORMAÇÃO.

Autor principal: André Luis Bonifácio de Carvalho
Outros autores: Ana Fábia da Mota Rocha; Berenice Ferreira Ramos; Claudia Martiniano de Sousa; Maria da Conceição Medeiros; Maia Gicélia S. de Santana; Maria Rebeca C. da Silva; Juracema Gomes de Medeiros Rodrigues; Tânia Jerônimo; Maria Geovania Tito
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O município de Campina Grande tem uma população residente de 365.000 habitantes, localiza-se na mesorregião do Agreste Paraibano e possui uma área total de 641 Km. Sua área urbana é de 98 Km e área a rural Km 420, seu clima é o equatorial semi-árido, sua temperatura média é de 22ºC e a umidade relativa do ar chega a 67%. Possui três distritos Galante, São José da Mata e Catolé de Boa Vista e faz limite com os municípios de Massaranduba, ao Norte, Lagoa Seca, Pocinhos e Puxinanã ao Sul com Fagundes, Queimadas e Boqueirão, a oeste e com Boa Vista e Assis Chateaubriand (Riachão do Bacamarte) ao leste. O município é Gestor Pleno de Sistema, desde 14 de maio de 1998 através da portaria do Ministério da Saúde GM nº 2801. No âmbito do processo de regionalização instituído através do Plano Diretor de Regionalizção, Campina Grande apresenta-se como sede da segunda Macroregião da Paraíba e recebe referência de mais de 171 municípios. Sua rede assistencial tem uma forte presença do setor privado como prestador de serviços, particularmente na área hospitalar. O Município foi um dos pioneiros na implantação das equipes do Programa Saúde da Família no Brasil. As primeiras equipe, em número de cinco, foram implantadas em maio de 1994. Hoje o município já conta com 50 equipes, sendo que no ano de 2003 forma implantadas 15 destas equipes, com a peculiaridade do município, a partir deste expansão, passara a ter 100% da zona rural coberta com as ações do programa. No período compreendendo abril de 2002 e dezembro de 2003 a SMS-CG além de investir na ampliação, inseriu nas equipes a Assistente Social, o Odontólogo e o Auxiliar de Consultório Odontológico. Ainda em 2003 foi qualificado entre os 100 primeiros municípios brasileiros para receber recursos do PROESF/BID/MS.

OBJETIVOS

Qualificar o processo de ampliação e implementação da Estratégia do Saúde da Família, através da organização de uma estratégia local para estruturação de um projeto de qualificação das ações inerentes a atenção básica em saúde no âmbito local.

METODOLOGIA

Inicialmente fizemos um breve diagnóstico da situação da Atenção Básica Local, onde podemos identificar os pontos fortes e fracos do processo de gestão neste âmbito da atenção. Deslocamos seis profissionais das equipes do PSF para comporem uma equipe técnica de assessoria a coordenação local, que se somaram as seis diretoras dos centros de saúde sede dos distritos sanitários. Realizamos oficinas de pactuação de uma agenda local para a definição dos principais projetos a serem desenvolvidos no sentido da qualificação das ações da Atenção Básica e construímos um plano local para qualificação das ações da atenção básica, que resultou no projeto de reordenamento do modelo do modelo de atenção através do aprovação do PROESF pelo Ministério da Saúde.

O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

A experiência rendeu inúmeros frutos, pois ela foi a desencadeadora das mudanças nos rumos da gesto da saúde no período de 2002 a 2004, além da construção do Plano Local de Qualificação das Ações da Atenção Básica, o qual foi apresentado e aprovado pelo Conselho Municipal, tivemos a criação da REDE LOCAL para a qualificação da Atenção Básica. Com a aprovação do Projeto da SMS-CG apresentado ao MS/SAS/DAB – PROESF, o município passou a receber recursos

da ordem de $ 1 milhão de dólares, a serem gastos até setembro de 2008. Houve um investimento maciço na formação dos quadros do PSF com o desenvolvimento do primeiro curso de pós-graduação para as equipes do PSF. Implantação de 15 novas equipes na zona rural. Adoção da medida de redução do número de família por equipe, passando de 1000 para em média 600. Inclusão de assistentes sociais, ondontologos e auxiliares de consultório odontológico, além dos fisioterapeutas. Promovemos uma maior integração entre as ações da atenção básica e projetos estratégicos como os da urgência e emergência, através do SAMU; na saúde mental com a implantação do CAPS; na saúde do trabalhador com o centro de referência também implantado no mesmo período; conseguimos superar a precarização do trabalho dos Agentes Comunitários com a contratação deste e dos agentes de endemias através de uma aprovação de uma lei municipal; ampliamos as parcerias da gestão com as instituições formadoras; ampliamos a capacidade de resposta da atenção básica e legitimamos a estratégia perante a sociedade campinense coma realização da I Mostra de Vivência do Saúde da Família, na comemoração dos seus 10 anos, onde lançamos um livro intitulado : Dez anos de PSF em Campina Grande : o sentir e o fazer – suas vozes; e da IV Conferência Municipal de Saúde onde a proposta de qualificação da Atenção Basca, foi eleita como estruturadora do modelo de atenção á saúde para Campina Grande.

CONCLUSÃO

Dentre as lições aprendidas fica o registro de que quando se tem um objetivo/projeto a alcançar/desenvolver, deve-se perseguí-lo em que pese todos os obstáculos. O lugar para a sua construção foi Campina Grande, os resultados podem ser medidos em indicadores pré-estabelecidos e de fácil mensuração ou através da percepção na mudança da conduta de todos os que acreditaram que era possível adotar novas práticas em prol de uma saúde tão Grande, quanto Campina. Desta forma, a certeza de que era possíveis mudar e a determinação de cuidar de todas as famílias nos fizeram reiterar compromissos em investir na construção de um projeto de política pública em saúde que tivesse como objetivo a inclusão social e em que todos se dispusessem a depositar suas esperanças, desejos, vontades e confiança, pois o que nos uniu durante toda a caminhada, foi o desejo de fazer saúde, como expressão do valor maior, a CIDADANIA.

PROJETO IDÉIAS & IMAGENS NA GESTÃO DO SUS: PACTO PELA SAÚDE

Autor principal: André Luis Bonifácio de Carvalho
Outros autores: Lumêna Almeida Castro Furtado
Instituição: Ministério de Saúde
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

O Ministério da Saúde vem realizando um grande movimento para apoiar a qualificação da capacidade de gestão na saúde de estados e municípios, no sentido de aprofundar e consolidar as diretrizes constitucionais de descentralização e regionalização do Sistema Único de Saúde. Certamente, um desafio que hoje se coloca é o de precisar o papel das esferas estadual, municipal e federal, reforçando e qualificando a descentralização e a gestão do SUS.

Neste contexto, o Projeto Idéias & Imagens na Gestão do SUS constitui uma estratégia que objetiva difundir e debater temas importantes para o âmbito da gestão do sistema de saúde nas esferas federal, estadual e municipal. A partir da produção de materiais educativos audiovisuais/ vídeos de apoio à gestão do SUS, este projeto promove a disseminação de informações, a divulgação de práticas inovadoras e transformadoras de gestão, bem como experiências de enfrentamento de questões e dificuldades inerentes a esta pratica.

O vídeo número 1 (um) desta coletânea versa sobre o Pacto pela Saúde 2006. Na perspectiva de superar as dificuldades e desafios inerentes a consolidação do SUS, os gestores assumem o compromisso público da construção de um Pacto, anualmente revisado, que tenha como base os princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população. Este Pacto, aprovado na Reunião Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006, implica o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise de situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

O Pacto de Gestão do SUS estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. as diretrizes e responsabilidades, em cada eixo de ação: Descentralização; Regionalização; Financiamento do SUS; Planejamento no SUS; Programação Pactuada e Integrada (PPI) Regulação da atenção à saúde e regulação assistencial; Participação e controle social; Gestão do trabalho e da Educação na Saúde e Responsabilidades sanitárias das três esferas de gestão.

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

O resultado esperado do processo de elaboração, produção distribuição e divulgação do vídeo é o de contribuir para a compreensão, por parte dos atores implicados na construção do SUS, das possibilidades deste momento, histórico na consolidação do Sistema de Saúde brasileiro.

O GESTOR ESTADUAL NA POLÍTICA DE CIÊNCIA & TECNOLOGIA EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DE SANTA CATARINA

Autor principal: Angela Maria Blatt Ortiga
Outros autores: Selma Regina de Andrade; Isabel Quint Berretta
Instituição: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
Município: Florianópolis
Estado:Santa Catarina

A institucionalização da área de ciência e tecnologia no âmbito das Secretarias de Estado da Saúde incluiu o gestor estadual na esfera da decisão de políticas públicas para esta área. As atividades de pesquisa em saúde, embora representem mais de 30% do esforço em pesquisa no Brasil, até recentemente eram financiadas exclusivamente por agências de fomento, nem sempre orientadas para as prioridades de saúde da população e nem mesmo para os interesses do Sistema Único de Saúde (SUS).

Santa Catarina possui importante parque científico-tecnológico com capacidade e potencialidade para promover inovações e contribuir para a resolução de problemas de saúde no estado. A cooperação o governo estadual e o federal, representados pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES/SC) e de Educação, Ciência e Tecnologia (SED/SC), através da Fundação de Apoio a Pesquisa Científica e Tecnológica (FAPESC), e os Ministérios de Saúde e de Ciência e Tecnologia, representados pelo Departamento de Ciência Tecnologia, da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (DECIT/SCTI/MS) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Ministério (CNPq/MCT), é uma das principais estratégias para a promoção do desenvolvimento científico e tecnológico em saúde no estado. A indução, geração e aplicação de conhecimento e incorporação de tecnologias, com base loco-regional, além de ampliar qualitativamente a produção científica para o SUS, é importante para consolidar a utilização da pesquisa como instrumento de estabelecimento de políticas estaduais de saúde e orientar a definição de diretrizes e eixos, com base no perfil e características mais próximas à realidade estadual.

Este trabalho tem o objetivo de relatar as estratégias para a implantação da área de Ciência e Tecnologia na estrutura organizacional da SES de Santa Catarina e os processos delas decorrentes. Trata-se de um relato de experiência, que teve início no ano de 2002, com a adesão ao Projeto de Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde.

O estado de Santa Catarina, de forma pioneira e desde 2003, participa com recursos financeiros do orçamento estadual para o desenvolvimento de ciência e tecnologia em saúde.

As estratégias desenvolvidas para a consolidação desta área na gestão estadual, de forma compartilhada e integrada, no âmbito do desenvolvimento institucional, estão relacionadas a duas dimensões: 1) à institucionalização da área da ciência e tecnologia no âmbito da SES/SC, com a criação da Divisão de Ciência e Tecnologia, subordinada à Gerência de Desenvolvimento de Políticas de Saúde/Diretoria de Políticas de Saúde; desenvolvimento de Portal de Informação na Internet; infra-estrutura para suporte técnico-administrativo específicos para

as ações de ciência e tecnologia; criação do Comitê de Ética em Pesquisa; implantação da Estação Biblioteca Virtual em Saúde; capacitação de profissional em gestão tecnológica em saúde, elaboração de projetos de pesquisa em saúde e gerenciamento de projetos; 2) fomento à pesquisa, cujas estratégias incluíram a criação do Comitê Gestor Estadual de Ciência e Tecnologia; a definição de eixos prioritários de pesquisa em saúde no estado; a publicação de editais de pesquisa em 2003 e 2004; e a garantia de recursos financeiros para apoio às pesquisas.

Foram realizados 3 cursos de capacitação para gestores e técnicos da SES/SC e da FAPESC: Gestão tecnológica em saúde; Elaboração de Projetos de Pesquisa em Saúde; e Gerenciamento de projetos.

Foram apoiados financeiramente 21 projetos de pesquisas selecionados por edital público em 2003, concluídos em 2005 e estão sendo acompanhados, atualmente, 37 projetos selecionados em edital de 2004.

Para a implementação desta primeira fase de institucionalização e fomento, até o momento, foram comprometidos recursos financeiros na ordem de R$ 1.980.000,00.

A criação da área de Ciência e Tecnologia em Saúde no âmbito da SES/SC possibilitou a articulação com outras áreas técnicas e com instituições de pesquisa, ampliando a discussão e percepção sobre o impacto da pesquisa na geração de conhecimento e no desenvolvimento de políticas públicas para SUS.

Embora a institucionalização desta área seja estimulante, ainda é precoce sua avaliação em termos de completude de ações. Há um campo muito amplo em construção, que necessita de maior agilidade nos processos transferência de recursos ao pesquisador, tanto quanto a criação de instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados. É desafiador neste processo o desenvolvimento da capacidade técnica para a realização das ações.

Este processo, ainda em construção, expõe as fragilidades e a responsabilidade do gestor estadual de saúde no desenvolvimento da área de ciência e tecnologia em saúde. Seu principal papel neste caminhar, além de garantir o apoio financeiro, reside na definição de eixos prioritários de pesquisas e no estabelecimento de estratégias de incorporação de seus resultados.

PROJETO IDÉIAS & IMAGENS NA GESTÃO DO SUS: REGULAÇÃO

Autor principal: Antonio Carlos Onofre de Lira
Outros autores: André Luís Bonifácio de Carvalho; Lumêna Almeida Castro Furtado; Stefanie Kulpa; Débora Cristina Bertussi
Instituição: Ministério da Saúde
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

O Ministério da Saúde vem realizando um grande movimento para apoiar a qualificação da capacidade de gestão na saúde de estados e municípios, no sentido de aprofundar e consolidar as diretrizes constitucionais de descentralização e regionalização do Sistema Único de Saúde. Certamente, um desafio que hoje se coloca é o de precisar o papel das esferas estadual, municipal e federal, reforçando e qualificando a descentralização e a gestão do SUS.

Neste contexto, o Projeto Idéias & Imagens na Gestão do SUS constitui uma estratégia que objetiva difundir e debater temas importantes para o âmbito da gestão do sistema de saúde nas esferas federal, estadual e municipal. A partir da produção de materiais educativos audiovisuais/ vídeos de apoio à gestão do SUS, este projeto promove a disseminação de informações, a divulgação de práticas inovadoras e transformadoras de gestão, bem como experiências de enfrentamento de questões e dificuldades inerentes a esta pratica.

O vídeo número 4 (quatro) desta coletânea versa sobre Regulação da saúde com ênfase na regulação assistencial.

A Regulação sobre Sistemas de Saúde, enquanto macro-regulação, contém as ações de Regulação da Atenção à Saúde. A regulação da atenção à saúde, enquanto ações sobre a produção direta das ações de serviços e, portanto, sobre prestadores de serviços, contêm as ações de Regulação do Acesso à Assistência.

A REGULAÇÃO SOBRE SISTEMAS DE SAÚDE tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional e, como sujeitos, o gestor federal e os gestores estaduais e municipais. Comporta ações de regulação do gestor da saúde da esfera federal sobre estados, municípios, do gestor da esfera estadual sobre municípios e prestadores, e dos municípios sobre os prestadores, assim como a auto-regulação de cada uma dessas esferas. Também comporta a regulação do Estado sobre o setor privado de produção de bens e serviços de Saúde não conveniados e nem contratados pelo SUS.

As principais ações de Regulação sobre Sistemas de Saúde são:

- Regulamentação Geral;
- Controle sobre Sistemas e Avaliação dos Sistemas;
- As ações de auditoria que comportam a Auditoria sobre Sistemas ou de gestão e a Auditoria sobre serviços ou Assistencial,
- Ações de integração com outras instâncias de controle público como, Controle Interno, Tribunais de Contas, Ministério Público e outros.
- Também comporia a Regulação sobre Sistemas as ações de Controle Social, Ouvidoria, algumas de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a própria Regulação da Assistência Suplementar à Saúde (ANS),
- Regulação da Atenção à Saúde, (ou seja, as ações de controle assistencial, contratação, de avaliação da atenção à saúde e de regulação do acesso à assistência)

A REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE tem como objeto a produção das ações diretas e finais de Atenção à Saúde e, portanto, está dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. Os principais sujeitos desta regulação seriam os gestores municipais e, de forma suplementar, os gestores estaduais e o gestor federal.

Pode-se listar como típicas da Regulação da Atenção à Saúde as ações de: a) Contratação, Controle e Auditoria Assistencial: b)Avaliação da Atenção à Saúde, c)e a Regulação do Acesso à Assistência.

REGULAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA: tem se discutido e proposto no âmbito do SUS o desenvolvimento de ações de regulação do acesso dos usuários à assistência à saúde, freqüentemente nomeada apenas de regulação, trazendo uma certa confusão conceitual com que aqui se denominou macro-regulação.

A regulação do acesso também tem sido freqüentemente tomada como a implantação de centrais de internação / consultas e exames, dando a impressão de que estas ferramentas das tecnologias da informação podem, por si, substituir as ações políticas e de comando inerentes à gestão.

A regulação do acesso à assistência é mais do que a implantação de computadores, infovias, etc. ou de normas e protocolos, pois abarca também relações de gestores com prestadores, de gestores e prestadores com gerentes de unidades de saúde, de gerentes com profissionais e, o mais

importante, de usuários e suas distintas demandas/necessidades com todos. Portanto, como em qualquer trabalho em saúde, a regulação do acesso implica relações políticas, técnicas e de cuidado, consistindo, assim, num conjunto de tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes. Estas intermediações podem se configurar de maneiras diversas, a depender dos objetivos postos pela política de regulação da Atenção à Saúde.

Sendo assim, a regulação do acesso à assistência, se inscrita nas diretrizes do SUS de universalidade, integralidade e eqüidade da atenção, consiste numa organização de estruturas, tecnologias e ações, dirigidas aos prestadores (públicos ou privados), gerentes e profissionais, de modo a viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde, de forma a adequar, à complexidade de seu problema, os níveis tecnológicos exigidos para uma resposta humana, oportuna, ordenada, eficiente e eficaz.

Constituem-se ações da Regulação do Acesso à Assistência ou de Regulação Assistencial:

• Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às Urgências;

• Controle dos leitos disponíveis e da agenda de consultas especializadas e de SADTs;

• Padronização das solicitações de internações, consultas, exames e terapias especializadas por meio dos protocolos assistenciais;

• Estabelecimento de referência entre unidades, segundo fluxos e protocolos padronizados;

• Organização de fluxos de referência especializada intermunicipal;

• Controle e monitoração da utilização mais adequada dos níveis de complexidade;

Uma estratégia para viabilizar Regulação do Acesso à Assistência é a constituição de COMPLEXOS REGULADORES que consistem na articulação e integração de Centrais de Regulação Médica de Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e SADTs, Transporte Sanitário ou de pacientes com necessidades especiais e não urgentes, Protocolos Assistenciais com outras ações da Regulação da Atenção à Saúde (tais como a contratação, o controle assistencial e a avaliação), assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização.

COMPLEXO REGULADOR

Consiste em um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, que deve auxiliar o sistema de saúde a responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência, viabilizando o acesso do usuário de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo.

O complexo regulador é composto por estruturas denominadas centrais de regulação, que compreendem toda a ação meio do processo regulatório, isto é, recebem as solicitações de atendimento, as processam e agendam. Para constituir um complexo regulador não é imprescindível ter um sistema informatizado, embora esta ferramenta facilite bastante o processo.

As centrais de regulação atuam em áreas assistenciais inter-relacionadas como a assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência, as internações, além das consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, podendo ser conformadas como: Central de Regulação de Urgência, Central de Regulação de Internações, Central de Regulação Ambulatorial.

O resultado esperado do processo de elaboração, produção distribuição e divulgação do vídeo é o de contribuir para a compreensão, por parte dos atores implicados na construção do SUS, da importância da regulação em saúde como ferramenta de gestão pautada pelo interesse público, viabilizando o cuidado integral de forma ágil e oportuna, e disponibilizando as alternativas assistenciais que respondam às necessidades individuais e coletivas da população.

VIVÊNCIAS DA IMPLANTAÇÃO DO GERENCIADOR DE INFORMAÇÕES LOCAIS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO DA REDE PÚBLICA MUNICIPAL.

Autor principal: Antonio Cloves dos Santos Cantanhede
Outros autores: João Sergio Silva
Instituição: Casa do Idoso/ SESMA- Belém -Pará
Município: Belém
Estado: Pará

INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal de Belém (SESMA) implantou a partir de março de 2003, O Centro de Atenção à Saúde do Idoso, referência da rede municipal na prestação de serviços de saúde a pessoas idosas, apresentando cerca de 8.200 usuários cadastrados e realizando em média 360 atendimentos diários, dentre os quais podem ser destacadas a fisioterapia, odontologia, clínica médica, geriatria, cardiologia, urologia, psicologia e educação física. Dessa forma, os procedimentos executados e os dados coletados por tais profissionais alimentam o Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (S I A / SUS); fornecerem informações para o acompanhamento e cadastramento de usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus por intermédio do programa HIPERDIA; monitorizam e avaliam os fatores referentes aos padrões de consumo alimentar e o estado nutricional pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN); registram agravos de notificação obrigatória; e permitem a emissão do Cartão Nacional de Saúde.

JUSTIFICATIVA

A Política Nacional de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde considera necessário o setor de saúde dispor de uma política devidamente expressa em atenção integral a este segmento populacional, visto seu dinâmico crescimento em termos absolutos e relativos, bem como suas mudanças nos perfis de morbimortalidade decorrentes de agravos e, principalmente, de doenças crônicas com difícil diagnóstico e resolutividade ao tratamento, repercutindo em um ônus significativo ao setor saúde.

Dentro desse contexto, a utilização do Gerenciador de Informações Locais (GIL) no processo de planejamento, monitoramento (avaliação e controle) das ações e serviços da rede ambulatorial básica do Sistema Único de Saúde (SUS) na esfera municipal tornar-se de fundamental importância, visto o fornecimento de informações pertinentes à morbidade de usuários atendidos e aos subsídios disponíveis aos gestores nas tomadas de decisão.

OBJETIVOS

- Implantar o Gerenciador de Informações Locais (GIL) para organização das ações, procedimentos e serviços de saúde no atendimento integral prestados aos usuários da Casa do Idoso / SESMA.
- Automatizar e integrar as atividades operacionais no Estabelecimento Assistencial à Saúde.
- Contribuir na melhoria da gestão da rede pública municipal de saúde por meio da integração dos diversos sistemas do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS).

METODOLOGIA

A implantação do Gil na Casa do Idoso ocorreu com a conscientização do gerente do referido Estabelecimento de Saúde, em capacitação realizada inicialmente pelo DATASUS no Núcleo Estadual do Pará. A partir deste momento houve motivação para aquisição de equipamento e posterior instalação do programa informatizado, sendo seguido de um treinamento e acompanhamento dos servidores que trabalham com os diversos sistemas do EAS. Além da orientação de outros recursos que o programa oferta para o gerente local.

E, finalmente, observamos a operacionalização do Gil, a aceitação dos servidores, suas manifestações e sugestões. Há a preocupação de demonstrar o manancial de recursos oferecidos no processo de construção dos sistemas de informação no SUS.

PRODUTOS

Cadastramento dos prontuários de usuários idosos no GIL pelo número de matrícula e /ou Cartão Nacional de Saúde, por apenas uma entrada de dados vinculando a diversos sistemas

do DATASUS pela alimentação dos seguintes sistema: SIGAB, HIPERDIA, SISVAN e Cartão SUS (CNS); Agendamento dos atendimento otimizando a prestação de saúde à população idosa; Coleta dos atendimentos realizados por profissionais de saúde; Registro das aplicações e esquemas de vacinação, gerando informações do Programa Nacional de Imunização; Registro dos atendimentos e acompanhamentos odontológicos. Gera o faturamento do EAS.

DIFICULDADES E FACILIDADES

Mudanças geram novos esforços. Os trabalhadores que manuseavam o arquivo tiveram trabalho árduo para localizar fichas, organizá-las e digitá-las. Os servidores que tinham noção básica de informática se esmeraram em aprender novos conhecimentos. O programa informatizado causou estranheza no processo de trabalho mas o esforço coletivo : servidores, técnicos e gerente construíram e constroem soluções para os possíveis desafios do cotidiano. Assim o acesso às informações foi automatizado trazendo rapidez, eficácia.... Os relatórios integrados facilitarão a gerência do estabelecimento. Informações apuradas por período, faixa etária, por profissional, por procedimentos ofereceram maior transparência no processo de trabalho e permitiu maior conhecimento do perfil do citado EAS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tecnologia chega à porta da Casa do Idoso trazendo transformações, benefícios ao usuário do SUS, desta vez a inovação envolveu o idoso. O alvo é a qualidade do atendimento. Não apenas o processamento rápido das máquinas como também a atenção dada, humanização oferecida à idade que requer amor, paciência e atenção integral à saúde.

ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SUS (PLANEJASUS)

Autor principal: Aristel Gomes Bordini Fagundes
Outros autores: Jonice Maria Ledra Vasconcellos; Ayrton Galiciani Martinello; José Rivaldo Melo de França; Márcia Batista de Souza Muniz e Sady Carnot Falcão Filho
Instituição: Ministério da Saúde
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

A Lei Nº 8.080/90 estabelece que compete à direção nacional "elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, municípios e o DF" (Art. 16). Neste, o planejamento ressente-se de medidas que contribuam para a melhoria da gestão e da atenção à saúde, representadas por processo permanente, que envolva monitoramento e avaliação. Registre-se que o Ministério da Saúde (MS) recebe, de gestores e técnicos, solicitações de cooperação na elaboração de alguns instrumentos, sobretudo planos e relatórios. Os estados e municípios têm formulado tais instrumentos, seja para habilitação em uma condição de gestão, seja para viabilizar auditorias e controles estabelecidos.

Finda a elaboração do Plano Nacional de Saúde, o MS decidiu promover a construção de um sistema de planejamento do SUS e, para tanto, realizou oficinas macrorregionais, no final de 2005, destinadas a definir bases para a sua organização e funcionamento, as quais reuniram dirigentes e técnicos que atuam na área de planejamento nas três esferas de gestão.

OBJETIVO

O PlanejaSUS tem por objetivo coordenar o processo de planejamento no SUS, contando com elementos essenciais à rápida implementação, de forma a possibilitar as adequações indicadas no decorrer da sua operacionalização.

METODOLOGIA

Com base nas definições oriundas das oficinas macrorregionais, constituiu-se o Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS –, definido como a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão tendo como eixo a diretriz relativa à direção única do SUS, em cada nível de governo, e a co-responsabilidade de gestão sistêmica.

Como desafios iniciais do PlanejaSUS, estão a definição de processos, métodos e instrumentos estratégicos para o planejamento do SUS. A operacionalização do PlanejaSUS é coordenada por um comitê, integrado por profissionais das áreas de planejamento dos três níveis de gestão.

RESULTADOS

Os resultados decorrentes deste processo deverá favorecer o aperfeiçoamento da gestão do Sistema e conferir direcionalidade às ações e serviços de saúde, já apresentando alguns avanços no sentido da efetivação da sua implementação, a saber:

1 - O seu funcionamento está resultando na adoção, pelo SUS, de processos, métodos e instrumentos básicos, pactuados pelas áreas de planejamento das três esferas e serão aprovados pelas respectivas instâncias deliberativas;

2 – Realização de duas rodadas de Oficinas Macrorregionais abrangendo todas as regiões geográficas nacionais;

3 - Indicação do comitê de operacionalização, com representatividade nacional, para promover a operacionalização do PlanejaSUS;

4 – A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, apresentou projeto de alteração de sua estrutura organizacional, criando a Coordenação de Planejamento (Projeto encaminhado ao Legislativo);

5 – Reconhecimento da área de planejamento como área estratégica na Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Palmas (depoimento da Coordenadora de Planejamento da SES/TO, na Macrorregional Norte e Centro-Oeste, em Palmas/TO);

6 – Decisão de criação, nos próximos dias, de um grupo de trabalho permanente, junto à Secretaria Executiva da CIT, com representantes do MS, do CONAS e CONASEMS.

APRENDIZADO

A iniciativa ora em implementação, foi facilitada por:

1 - Disposição institucional, nas três esferas de gestão do SUS, para a implantação e implementação do PlanejaSUS; 2 – assimilação do contexto sistêmico pelos profissionais envolvidos com a atividade de planejamento dos três níveis de gestão do SUS; 3 – impacto positivo causado pelo ineditismo da idéia e pelo desenho estrutural conferido ao sistema; e 4 – respaldo do arcabouço legal que orienta a atuação do SUS.

Os principais fatores que provocam dificuldade à implementação do PlanejaSUS são: 1 - Pouca disseminação de uma cultura de planejamento no âmbito do SUS; 2 -Diversidade de capacidades estruturais e de gestão dos municípios componentes da federação brasileira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A iniciativa de se criar o PlanejaSUS é estratégica e de grande importância para a consolidação do SUS. Portanto a celeridade que vem sendo impressa ao processo de organização e operacionalização do PlanejaSUS, tem sido importante haja visto os resultados já alcançados, uma vez que vem sendo adotado como princípio norteador o aperfeiçoamento constante do Sistema.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM ECONOMIA DA SAÚDE – BVS ECOS

Autor principal: Augusto Afonso Guerra Junior
Outros autores: Emerson Ricciardi de Souza
Instituição: Departamento de Economia da Saúde/Secretaria de Ciencia; Tecnologia e Insumos Estrategicos/MS
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, em operação desde 1998, é vista como uma base distribuída do conhecimento científico e técnico em saúde, registrado, organizado e armazenado em formato eletrônico, nos países da América Latina e Caribe (Região), acessível de forma universal na Internet de forma compatível com bases e sistemas internacionais.

A BVS é simulada em um espaço virtual da Internet, formada por uma coleção ou rede de fontes de informação em saúde da Região. Os usuários de diferentes níveis e locais podem interagir e navegar no espaço de uma ou várias fontes de informação, independentemente de sua localização física. As fontes de informação são geradas, atualizadas, arquivadas e operadas na Internet por produtores, intermediários e usuários da informação, de modo descentralizado e seguindo metodologias comuns para possibilitar a integração na BVS.

Nesse sentido, este projeto visa fortalecer a BVS com o desenvolvimento e operação da área temática de Economia da Saúde, em âmbito nacional, consolidar a construção de mecanismos de gestão da informação em Economia da Saúde e atender às demandas da área de economia da saúde, em três vertentes: como área do conhecimento, como ferramenta de gestão e tomada de decisão e como uma atitude cultural.

OBJETIVOS GERAIS

• Desenvolver e operacionalizar uma coleção de fontes de informação na área temática de Economia da Saúde no contexto da Biblioteca Virtual em Saúde Pública Brasil, consolidando a BVS Economia da Saúde (BVS-ECOS);
• Ser um Centro de inteligência na área de Economia da Saúde, que desenvolva atividades de capacitação, indicadores de avaliação, fóruns de discussão permanentes e aprofundamento de estudos.

METODOLOGIA DE OPERAÇÃO DO PROJETO

• Desenvolver um controle bibliográfico: Bases de dados bibliográficas, âmbito nacional e internacional (incluindo documentos convencionais e não convencionais: monografias, artigos de revistas, teses, relatórios, trabalhos de congressos, etc);
• Criar diretórios de pesquisadores, grupos de pesquisa e eventos em economia da saúde;
• Catalogar *sites* relevantes em economia da saúde;
• Criar uma Comunidade Virtual em Economia da Saúde;
• Criar um Portal de terminologia em economia da saúde;
• Criar "*Cockpit* da saúde", fonte de informação baseada em indicadores de gastos e investimentos em saúde no Brasil.

PRODUTOS ESPERADOS

• Levantar, organizar, e disponibilizar estudos e pesquisas na área de Economia da Saúde;
• Catalogar instituições e especialistas que atuam na área de Economia da Saúde;
• Desenvolver uma rede integrada e descentralizada de fontes de informação em economia da saúde operando na BVS-Ecos;
• Criar de um espaço de convergência e de operação de fontes de informação por parte de produtores, intermediários e usuários de informação em economia da saúde;
• Criar um Comitê Consultivo Nacional:
• Criar e operacionalizar uma Comunidade Virtual em Economia da Saúde;
• Instalar Estações BVS nas Secretarias Estaduais de Saúde em 14 Estados (AP, PE, RN, RS, RJ, SP, PR, GO, ES, BA, RR, RO, TO, MA) e no Distrito Federal;

APRENDIZADO COM A VIVENCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES.

FACILIDADES: a) apoio do Ministerio da Saúde e da BIREME; b) manter o padrão estruturante da BVS Saúde Pública; c) catalogar sites em economia da saúde; d) criação de uma

comunidade virtual em economia da saúde; e) sensibilização dos secretários estaduais de saúde.

DIFICULDADES: a) criar uma base de dados especifica em economia da saúde; b) identificar trabalhos com a temática de economia da saúde; c) identificar pesquisadores e instituições voltadas para economia da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- O Brasil terá aumentada a sua capacidade de acesso e uso da informação científica técnica em economia da saúde;
- As comunidades de autoridades, gestores, pesquisadores e profissionais interessados em economia da saúde terão as condições para entrar em comunicação com seus pares em comunidades de prática em torno a temas específicos;
- As autoridades, gestores, pesquisadores e profissionais interessados em economia da saúde terão à sua disposição informação e conhecimento atualizados para decisões relacionadas à sua área de atuação.

PERFORMANCE - MATRIZ ESTRATÉGICA PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE SISTEMAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Autor principal: Aureo dos Santos
Outros autores: Flavio Ricardo Liberali Magajewski e Rolf Hermann Erdmann
Instituição: Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL
Município: Florianópolis
Estado: Santa Catarina

INTRODUÇÃO

Este estudo objetivou criar uma matriz estratégica para avaliação de desempenho para sistemas municipais de saúde. Esta se compõe de indicadores de desempenho e respectivos itens de mensuração que se sustentam na Gestão Estratégica de Serviços, na Ergonomia Cognitiva e no Planejamento Estratégico Situacional a partir do envolvimento de quatro perspectivas fundamentais, quais sejam, Processo, Estrutura, Resultado e Aprendizagem. O conjunto destas perspectivas, sustentadas pelas dimensões horizontalidade, interdisciplinaridade e participação, esteve voltado para acompanhar, monitorar, mensurar e avaliar a eficiência dos processos produtivos, além das capacidades estrutural, funcional, tecnológica, de recursos instalados e de pessoas, bem como, da eficácia e do impacto dos resultados alcançados e da aprendizagem humana e institucional desenvolvida cotidiana e contingencialmente. O estudo se justifica para contribuir no combate a fatores restritivos tais como: o distanciamento do gestor da população; a falta de visão sistêmica e de estratégias voltadas para os reais problemas urbanos locais; a fragmentação e descontinuidade administrativa; as diferenças culturais, sociais e econômicas; os dados e informações imprecisos; as decisões desestruturadas, confusas, tendenciosas, anacrônicas e com elevado grau de dificuldade e a utilização de modelos engessados para apoiar a decisão e que dificultam o consenso. Como desdobramento, os resultados a serem auferidos pela matriz deverão orientar a tomada de decisão sob uma arquitetura básica de sistema de informação gerencial que envolva o nível estratégico, o tático e o transacional, imprimindo, desta forma, racionalidades política, técnica, administrativa e operacional que possam orientar os respectivos sistemas municipais de saúde para a sobrevivência, a estabilidade e o crescimento no contexto das políticas públicas de saúde capitaneadas pelo SUS. Estes devem produzir capacidades para atender as necessidades de promoção, proteção e recuperação da saúde da população, de maneira que promova inclusão social e construção da cidadania.

SÍNTESE METODOLÓGICA

- Estudo exploratório, descritivo de natureza quali-quantitativa.
- Identificação e delimitação estratégica de fatores técnicos (funcionais, estruturais e tecnológicos), humanos (inter-relação pessoal e ergonomia cognitiva) e conceituais (produção, construção e agregação do conhecimento e visão sistêmica).
- Criação de indicadores estratégicos de desempenho e respectivos itens de mensuração sob as perspectivas de processo, estrutura, resultado e aprendizagem sustentados na Gestão Estratégica de Serviços e no Planejamento Estratégico Situacional.
- Criação de arquitetura básica de sistema de informação gerencial
- Construção da matriz estratégica de desempenho
- Construção de um software aplicativo da matriz estratégica de desempenho
- Aplicação do Software em três municípios catarinenses para avaliação dos respectivos sistemas municipais de saúde segundo as perspectivas, os indicadores e os itens de mensuração construídos.
- Produção de um livro sobre a pesquisa e seus resultados (em edição).

RESULTADOS

1. Construiu-se uma matriz sustentada sobre contundentes atributos voltados para a condução de processos modernos de gestão municipal sendo eles: a garantia de ampla participação, a flexibilidade quanto a criação de indicadores e itens de mensuração e a forte possibilidade de congruência entre o uso da racionalidade funcional e racionalidade substantiva.

2. Procedeu-se a avaliação efetiva do desempenho de dois sistemas municipais de saúde (São José e Biguaçú) sob as perspectivas processo, estrutura, resultado e aprendizagem (humana e organizacional), a partir de 20 indicadores e de 66 itens de mensuração.

3. Cada município foi sensibilizado quanto a utilização da avaliação realizada para a elaboração dos respectivos

planejamentos estratégicos participativos dos seus sistemas municipais de saúde, haja vista que a mesma contribui para sustentar a tomada de decisão sobre projetos de governo, capacidades de governo e governabilidade necessárias para atender e suprir as necessidades de saúde da população;

4. A avaliação realizada proporcionou a potencialização da racionalidade de gestão para os sistemas municipais de saúde de maneira animadora com relação a possíveis rendimentos quantitativos e qualitativos esperados e desejados;

5. O processo de descentralização (municipalização) do setor saúde, a partir da avaliação em razão da aplicação da matriz, pode apresentar reais possibilidades estratégicas, sobre dados e informações reais e fidedignos capazes de garantir o pleno desenvolvimento dos respectivos sistemas municipais para o atendimento das reais necessidades de saúde da população circunscrita.

6. O resultados da matriz contemplam a garantia da congruência necessária entre produção de serviços, capacidades estruturais, funcionais e recursos em prol resultados esperados e desejados, haja vista que exige na sua aplicação a participação efetiva de todos os atores sociais envolvidos e comprometidos com o processo.

7. A matriz contribui para combater a grave crise do setor saúde brasileiro, a partir da gestão estratégica na unidade responsável pela execução das políticas de saúde, o município;

8. A matriz contribui para a eliminação e/o redução de potenciais fatores de risco à saúde da população, decorrente da gestão estratégica planejada, com base em dados reais, consistentes e fidedignos, gerando como conseqüência a melhoria dos níveis de qualidade de vida;

9. A matriz pode contemplar simultaneamente o desenvolvimento de práticas orientadas para a responsabilidade sócio-organizacional, a inclusão social e a construção da cidadania.

10.O ápice dos resultados alcançados neste estudo está representado nas diversas possibilidades objetivas geradas a partir das figuras 1, 2 3, 4, 5 e 6 que apresentam uma visão panorâmica da matriz (Performance) construída, objetivo geral deste estudo.

IMPORTÂNCIA

A equipe de pesquisadores que realizou esta pesquisa tem a convicção das possibilidades objetivas geradas a partir do estudo construído, muito em especial no que diz respeito à necessidade da existência de processos avaliativos que sejam horizontais e contemplativos, isto é, que busquem a todo o momento a ampla participação de todos os atores sociais envolvidos, com plena liberdade para avaliarem de forma construtivista e estratégica o cotidiano contingencial dos respectivos sistemas municipais de saúde nos quais respectivamente se inserem.

Também fomentam a convicção de que a adoção, bem como, a prática de políticas públicas de saúde, no âmbito do SUS, pode adquirir maior consistência e validade quando desenvolvida com envolvimento e compromisso. A matriz construída se apresenta permissiva para que atores e agentes sociais se envolvam e se comprometam com o processo de gestão, a partir do instante que façam parte, tomam parte e tenham parte do processo para promover, proteger e recuperar a saúde de sujeitos individuais e coletivos.

Outro enfoque de importância ressalta os resultados deste estudo como fator contributivo ao crescimento da ciência e da inovação tecnológica em saúde, atendendo desta forma uma diretriz fundamental do SUS e da FAPESC, principal instância financiadora deste projeto.

IMPACTO

a) TecnológicoO impacto tecnológico se traduz na produção de novos conhecimentos no âmbito da avaliação de sistemas municipais de saúde e na construção do software aplicativo como ferramenta para orientar tal processo.b) CientíficoA dimensão do impacto científico se refere às novas abordagens conceituais no âmbito da avaliação capazes de serem exploradas na academia e na comunidade científica, em especial no contexto temático que insere a gestão do SUS sob a égide das dimensões horizontalidade, interdisciplinaridade e visão sistêmica.c) De inovaçãoO estudo, na concepção dos pesquisadores, produziu uma possibilidade realmente inovadora, haja vista, por exemplo, a inexistência de tecnologias do gênero, horizontais, participativas e flexíveis, destinadas à avaliação de Sistemas Municipais de Saúde.d) SocialA dimensão do impacto social se revela na oportunidade que a utilização e aplicação da matriz proporcionam para a tomada de decisão em prol de estratégias e políticas públicas de saúde voltadas para atender as reais necessidades de saúde da população. Além disso, a efetiva participação de todos os atores sociais envolvidos, inclusive dos usuários, estabelece reais possibilidades de inclusão e práticas cidadãs. e) Perspectiva de ContinuidadeEm perspectiva de continuidade, ressalta-se a importância de que novos estudos sejam realizados no sentido, por exemplo, da construção de outras fórmulas padrão para calcular quartis, mediana, percentis, regressão linear etc.

O USO DO INDICADOR MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO POR PROCEDIMENTO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO

Autor principal: Carlos Aparecido Teles Drisostes
Instituição: Fundação São Paulo – Hospital Santa Lucinda - PUCSP-CCMB
Município: São Paulo
Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A gestão dos serviços de saúde, principalmente nos hospitais que atendem a pacientes do SUS, tornou-se uma atividade extremamente complexa. Os administradores hospitalares precisam lidar com a constante regulação e fiscalização do setor por organismos sócio-governamentais, e com as pressões de seus profissionais e clientes pela adoção de inovações tecnológicas. Estes fatores determinam um aumento constante dos custos fixos dos hospitais, principalmente quando passam a ser essenciais para a segurança e a sobrevivência das atividades desenvolvidas.

Os gestores hospitalares buscam encontrar o equilíbrio entre custos, qualidade dos serviços e receita, deparando-se com diversas dificuldades, das quais destacamos: a existência de uma tabela que determina os valores dos procedimentos SIA/ SIH, a necessidade de respeitar tetos financeiros, a impossibilidade de redução dos custos fixos impostos por normas e inovações tecnológicas necessárias, o respeito a equidade impedindo a escolha de procedimentos com resultados positivos, e o aumento constante dos insumos básicos entre eles os serviços públicos, materiais medicamentos e etc.. Neste cenário onde o espectro de atuação do gestor hospitalar fica limitado, propomos uma atenção especial aos custos variáveis (materiais e medicamentos), utilizando o conceito de margem de contribuição por procedimento como indicador.

Para determinarmos a margem de contribuição por procedimento, subtraímos do preço de venda do procedimento seus custos variáveis. Para determinarmos a contribuição total do procedimento devemos multiplicar o resultado obtido pelo volume físico produzido. O somatório da contribuição total dos procedimentos formam a contribuição total da organização. Esta contribuição total é o recurso disponível para o hospital cobrir os demais custos.

Para construção deste indicador consideramos somente os materiais medico-hospitalares e os medicamentos, principalmente pela facilidade do apontamento destes gastos por procedimento e pela possibilidade de obtermos estas informações "on-line" ao final da realização de cada procedimento. No quadro abaixo mostramos um resumo das informações levantadas no hospital no ano de 2005.

Margem de contribuição diária dos procedimentos SUS do HSL - 2005

Procedimentos			
Tipos	**Executados**	**% sobre Total**	**Margem de contribuição por diária**
157	1171	18%	< R$ 0,00
165	1265	20%	R$ 0,00 ----| R$ 50,00
105	2263	35%	R$ 50,00 ----| R$ 100,00
180	1691	26%	> R$ 100,00
607	**6390**		

Fonte:CTM/Hospital Santa Lucinda - CCMB - PUCSP

Foram analisados 6390 procedimentos compostos por 607 tipos de procedimentos diferentes. Como podemos perceber, 18% dos procedimentos executados em 2005 no hospital tiveram margem de contribuição negativa; 20% contribuíram com menos de R$ 50,00 por diária; e somente 26% contribuíram com mais de R$ 100,00 por diária.

OBJETIVOS

Neste trabalho, pretendemos através da utilização da margem de contribuição por procedimento estabelecer um processo permanente de avaliação do procedimento executado no hospital. Pretendemos ainda estabelecer canais de comunicação com os profissionais envolvidos (médicos e enfermeiras), com os gestores públicos, com o controle social e com os demais hospitais que vierem a utilizar mesma sistemática para elaborarmos ações articuladas no sentido de corrigir distorções e promover soluções inovadoras que respeitem o equilíbrio financeiro, a qualidade dos serviços e a equidade.

METODOLOGIA

Consiste na construção de um indicador de margem de contribuição unitária de cada procedimento através da apuração dos materiais e medicamentos envolvidos na execução do procedimento e a remuneração prevista nas tabelas oficiais do Ministério da Saúde.

PRINCIPAIS RESULTADOS

Conseguimos: - determinar os procedimentos com margem de contribuição negativa; - a montagem de um protocolo de quantidades de materiais e medicamentos médios, utilizados em cada procedimento; - a possibilidade de avaliar se as inovações tecnológicas atingem os objetivos propostos; e a produção de uma informação qualitativa de apoio para a tomada de decisão sobre o uso de novos materiais e medicamentos nos procedimentos.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA FACILIDADES E DIFICULDADES

A implantação deste indicador teve impacto direto nas atividades do hospital. As principais dificuldades foram a criação de uma metodologia de informações para coletar os dados e a adesão por parte dos funcionários (almoxarifado, farmácia e enfermagem) à nova metodologia. O que mais facilitou o processo foi um longo período de adaptação e treinamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil possui hoje, segundo a OPAS, aproximadamente meio milhão de leitos. Considerando a utilização total dos leitos e a implantação desta metodologia para controlar a margem de contribuição unitária de cada procedimento visando conseguirmos uma economia de R$ 1,00 por diária envolvida, teremos algo em torno de meio milhão de reais por dia de economia no sistema de saúde, um valor expressivo principalmente considerando as carências de recursos de nosso país.

PROJETO SAÚDE A DISTÂNCIA

Autor principal: Carmem Célia Pinheiro André
Outros autores: Claudia Regina Vieira Matos; Ivone Trajano da Silva; Maria Regina Carvalho Espirito Santo; Sandra Helena Polaro; Helena do Rosário Vieira; Graciete de Assis Barredo Reis
Instituição: Secretaria Executiva de Estado de Saúde Pública
Município: Belém
Estado: Pará

INTRODUÇÃO

O Projeto Saúde a Distância concebido pela Secretaria de Saúde Pública, utiliza os recursos tecnológicos de informática e telecomunicações como estratégias de acesso à informação em Saúde realização, capacitação permanente em Saúde através do uso de web conferência, e 2ª Opinião médica através dos recursos de Tele - Diagnóstico Tele-Consulta utilizando as ferramentas de Comunicação a Distancia disponibilizadas através do portal da Saúde do Pará, visando romper a barreira das distâncias geográficas entre os 143 Municípios do Estado e a exclusão digital na área da Saúde Pública.

JUSTIFICATIVA (IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO LOCAL)

A informação à distância pode ser definida como um modelo educativo e informativo das ações de saúde, desempenhando um papel fundamental na transmissão de conhecimentos e informações visando o fortalecimento das ações da atenção Básica no nível regional e municipal. Em um Estado como o Pará, com intensa extensão territorial, com extremas dificuldades de acesso, que impossibilitam a fixação de recursos humanos, e descentralização de serviços de média e alta complexidade se faz necessário à utilização de estratégias dessa natureza para superar as barreiras geográficas e melhorar o apoio e diagnóstico àqueles municípios que não dispõem de recursos tecnológicos e humanos, principalmente, os mais distantes da área metropolitana do Estado além de levar informações aos usuários do setor saúde visando reduzir as desigualdades sociais que estão ligadas diretamente ou indiretamente à melhoria de qualidade de vida dos paraenses.

OBJETIVOS

Democratizar o acesso à informação, promover a inclusão digital dos profissionais de saúde e melhorar a qualidade do atendimento prestado aos usuários do SUS.

METODOLOGIA

O Projeto compreende 03 (três) etapas de Infra-estrutura e comunicação Considerando o nível de complexidade tecnológica e investimentos, sendo que ao final de sua implantação, permitirá a interligação do Nível Central com as 13 Regionais de Proteção Social, Unidades de Referências Especializadas; Hospitais Regionais e Hospitais de Alta Complexidade e os 143 Municípios do Estado. O projeto esta sendo efetivado nos 143 Municípios do Estado através de assinatura de Termo de Compromisso celebrado entre o Estado e os Municípios.

A Secretaria de Saúde realizou aquisição, entrega e instalação nos 143 Municípios de 205 KITS (Computador com acessórios, incluindo 02(duas) placas de redes, uma gravadora e uma leitora de CD, Mesa para computador, Antena parabólica, Televisão de 29" polegadas, Vídeo Cassete, Impressora, Web cam (esta sendo licitada), Aparelho de fax, cadeira para auditório, Suporte para televisão, Noobreak, DVD, Cadeira tipo Secretaria.), realizou capacitação de equipes dos Municípios em navegadores de Bibliotecas Virtuais, uso das ferramentas colaborativas do portal, configuração de Parabólica para acompanhar diariamente a programação do Canal Saúde, gravação de conteúdos em VHS e CDs, orientações para planejamento de agenda a partir das necessidades locais observando o perfil epidemiológico do Município. Atualmente estamos trabalhando na implantação de infra-estrutura para implantação da Central Digital que irá atuar na 2ª Opinião Médica.

RESULTADOS ALCANÇADOS

No nível Estadual

Parceria com BIREME – OPAS -BVS - Biblioteca Virtual em Saúde; Parceria com o Canal Saúde/FIOCRUZ MS;Realização de web conferências pelo portal da saúde; Participação de Seminários nacionais e Estaduais divulgando o projeto; Produção de vídeos de ações do Estado através do Canal Saúde;

No nível Municipal

Adesão de 100% dos Municípios; Instalação 100% dos Kits nos 143 Municípios, realização de atividades em Santarém Novo, (Fórum com Gestores Pub. e autoridades, para discutir o tema "Gravidez Precoce" que hoje é um dos maiores prob. sociais do Município, videoteca, aprox. 30 ciclos de palestras, mais de 500 participantes Prof. de Saúde, Usuários, Comunidade, agentes Comunitários); Salinopólis 56 Palestras (Sexualidade, tuberculose, Diabetes, violência,...), parcerias inter-setoriais; Tucuruí, (16 ciclos de atualizações para especialidades médicas, gerência hospitalar) Inhangapí (fortalecendo ações IEC; Ourém Agenda mensal de ciclo de palestras, 600 participantes (prof. de saúde, Controle Social, Estudantes Usuários dos serviços de Saúde); Abaetetuba (700 participantes de Ciclo de Palestras para Estudantes, Autoridades, Prof. de Saúde, sobre temas como: A violência no Município, Planejamento Familiar, Gravidez na adolescência, Coleta de Lixo)

APRENDIZADO
FACILIDADES E DIFICULDADES

Vontade política do governo e gestor estadual foram um dos maiores impulsos para a implantação do Projeto, a maior dificuldade esta relacionada à baixa cobertura de infra-estrutura de Comunicação pelas operadoras desses serviços, a fragilidade de continuidades de ações pela alta rotatividade de recursos humanos no nível municipal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que democratização do acesso à informação aliados a capacitação continuada de recursos humanos, infra-estrutura de informática e telecomunicações sejam o caminho mais importante para o empoderamento do profissional de saúde que possibilitaram a apropriação de recursos tecnológicos, pedagógicos e instrumentais técnicos, aliados ao compromisso dos gestores do SUS, poderão mudar o cenário da saúde Pública em nosso Estado, para nos aproximarmos do SUS que queremos: mais humanizado, mais eqüitativo e com mais qualidade.

CURSO BÁSICO DE REGULAÇÃO; CONTROLE; AVALIAÇÃO E AUDITORIA DO SUS COMO EIXO ESTRUTURANTE DA POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO

Autor principal: Claunara Schilling Mendonça (org)
Outros autores: Debora do Carmo; Marilia Louvison (org)
Instituição: Departamento de Regulacao; Controle e Avaliacao de Sistemas
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A proposta da Política Nacional de Regulação, pactuada na Tripartite de 27 de abril de 2006, visa promover, no âmbito nacional, o efetivo ganho que as ações de regulação trazem ao reforçarem as funções gestoras do SUS.

A Regulação, um dos eixos do Pacto de Gestão, está baseada em três eixos estruturantes: a garantia da alocação de recursos para a implantação dos complexos reguladores da assistência, um subsídio para seu custeio, a ser pactuado no Bloco de Financiamento da Gestão, no Pacto de Gestão; o desenvolvimento de instrumentos que operacionalizem as funções reguladoras e a estratégia de educação permanente de seus quadros estratégicos gerenciais, ofertada através do Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS.

Os gestores do SUS, no âmbito estadual e municipal, nem sempre tem a condição plena de incorporar, capacitar e manter equipes competentes e acima de tudo comprometidas com a otimização de recursos, a qualificação do acesso dos pacientes e a modificação do modelo de atenção vigente.

O Curso pretende atender as expectativas de gestores e técnicos das áreas de controle, avaliação, regulação e auditoria do SUS, tendo sido produzido a partir da prática dos serviços e concebido e elaborado com o propósito de sistematizar o "saber fazer" de forma inédita a fim de agregar conhecimento à gestão.

Os participantes poderão formar-se tutores, assumindo a responsabilidade da multiplicação de novos cursos, bem como sugerir necessidades de mudanças nas estratégias e no conteúdo preliminarmente proposto. Este curso é a sistematização de uma obra coletiva e compromete o Ministério da Saúde a fazer dela um movimento contínuo de educação permanente dos trabalhadores da saúde e de aprimoramento da gestão pública do sistema de saúde brasileiro.

OBJETIVOS

O Curso tem como objetivo principal a transformação das práticas nas áreas de regulação, controle, avaliação e auditoria, incorporando saberes e adequando-se às atuais necessidades da gestão do SUS.

São objetivos específicos a renovação do compromisso com os princípios do SUS; a reflexão sobre os modelos de atenção que potencializam a transformação das práticas; a apreensão da importância do planejamento e programação como instrumentos de gestão; a incorporação da importância do financiamento e do controle social do SUS; a proposição dos conceitos e diretrizes em Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria e a integração entre eles; a identificação da importância dos Sistemas de Informações do SUS para as áreas de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; a apropriação das práticas de legitimação da relação da gestão do SUS com os prestadores de serviços de saúde; a introdução para a implantação dos complexos reguladores e as práticas de fluxo regulado; a implementação de novas práticas do controle e avaliação sob a ótica do SUS; apreensão das funções do controle ambulatorial e hospitalar e do processamento do SIA-SUS e do SIH-SUS; a introdução da importância do registro e acompanhamento sistemático de indicadores do SIA e do SIH; a identificação da importância de incorporação da cultura avaliativa e do foco da qualidade no âmbito dos sistemas e serviços; a incorporação de conceitos e diretrizes de um sistema descentralizado de Auditoria do SUS; a introdução do processo de auditoria das ações e serviços informados no SIA e no SIH e a introdução do processo de auditoria dos recursos financeiros e da gestão de sistemas descentralizados do SUS.

METODOLOGIA

O Curso é proposto em quatro módulos de dezesseis horas, cada um composto de quatro oficinas, com duração de quatro horas cada e orientação de pelo menos dois tutores, num total de sessenta e quatro horas. É formado pelos módulos introdutório, regulação, controle e avaliação e o de auditoria, com a preocupação de relacioná-los. A proposta contempla ainda um momento inicial de apresentação e um final de avaliação.

Para a multiplicação de novos cursos é oferecido um quinto módulo específico para a formação de tutores, com duração de trinta horas. Esse módulo é um espaço de reflexão e formação a partir das referências epistemológicas da educação popular, da teoria da complexidade, da gestão e dos novos paradigmas do conhecimento. A metodologia utilizada é a da problematização.

RESULTADOS

O curso piloto foi realizado no Estado do Ceará, em agosto de 2005. Na Tripartite de setembro de 2005, a proposta do curso foi apresentada e pactuada a fim de que os Estados o solicitassem ao Ministério da Saúde. Foram realizados em 2005, os cursos em:

Alagoas, Bahia, Maranhão, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe, 90% da região Nordeste, envolvendo 58 municípios e 290 técnicos.

Amapá, Rondônia e Roraima, 43% dos Estados da região Norte, totalizando 13 municípios e 102 participantes.

Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal, 75% da Região Centro -Oeste, com 17 municípios envolvidos (considerando Brasília como um município do DF) e 110 participantes.

Na região Sul, Santa Catarina, com 7 municípios e 37 participantes.

Foram envolvidos 511 trabalhadores, 60 da esfera federal, 266 da estadual e 172 da municipal, oriundos de 89 municípios. Desses, 80 já realizaram o módulo pedagógico, estando aptos para a multiplicação nos seus espaços locais de trabalho.

Em 2006, estamos realizando o curso nos estados da Paraíba, Amazonas, Acre, Tocantins e Rio Grande do Sul, e os Estados do Ceará, Pernambuco e Mato Grosso já o estão multiplicando, num envolvimento contínuo de gestores e profissionais das áreas, cumprindo uma das metas do Sistema Único de Saúde que é tornar a rede pública de saúde um local de ensino – aprendizagem no exercício do trabalho e trazendo competência e transparência para as áreas de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS.

Esperamos que, na perspectiva do Pacto de Gestão, o curso possa traduzir aos gestores as questões que permeiam essas áreas específicas, e que, acima de tudo, traduzam aos seus quadros técnicos, as angústias e necessidades da gestão, fortalecendo a formação de sujeitos críticos e a criação e legitimação do conhecimento pelo trabalho, responsabilizando-os pela integração das áreas, articulação entre a formação e a gestão e pela implantação da regulação da atenção à saúde no SUS.

MODERNIZAÇÃO GERENCIAL HOSPITALAR NA AMAZÔNIA

Autor principal: Cleide Nazaré da Silva Lédo
Outros autores: Maria da Conceicao Ribeiro Ferreira
Instituição: Ministério da Saúde - DATASUS -Regional Pará
Município: Belém
Estado: Pará

Modernização Gerencial Hospitalar na Amazônia

Nos dias atuais o uso da tecnologia nos meios de produção tem criado inúmeras facilidades para as Organizações. Nas Instituições Públicas este processo teve maior investimento nas áreas financeiras em detrimento dos setores sociais: saúde, educação e assistência social. Neste particular, a saúde, pela sua grande complexidade e necessidade de gerir os diversos recursos necessários à prestação dos serviços à população, não pode prescindir do uso da tecnologia. A quantidade de dados produzidos diariamente nos Estabelecimentos Hospitalares e a dificuldade em ordenar os atendimentos da clientela, somado à necessidade de gestão dos diversos recursos: materiais, financeiros, talentos humanos, informações, tecnologia e administração dos processos e/ou atividades envolvidos na prestação do serviço à população constituíam problemas a serem enfrentados pelos Gerentes de Saúde.

Neste contexto, surgiu o Projeto de Informatização em Ambiente Hospitalar – HOSPUB, desenvolvido pelo Ministério da Saúde através do Departamento de Informação e Informática do SUS – DATASUS, com uma proposta de ser uma das estratégias para contribuir na melhoria do funcionamento dos Estabelecimentos Hospitalares.

O HOSPUB tem por objetivo automatizar e integrar as principais atividades operacionais executadas nos estabelecimentos de assistência hospitalar e apresenta como uma das suas principais características a modularidade, constituída por subsistemas que cobrem as atividades dos diversos setores do Estabelecimento de Saúde. Desta forma o sistema pode ser implantado gradativamente, de acordo com a disponibilidade de custeio para infra-estrutura, atendendo tanto um Hospital de pequeno porte como um de grande porte, de acordo com os setores que cada Estabelecimento de Saúde possui e conforme as necessidades do gestor.

Na Região Amazônica, particularmente no Estado do Pará, este Projeto teve início em 1993 e está atualmente implantado em 16 Estabelecimentos de Saúde, onde destacamos os Hospitais de Clinicas Gaspar Viana e Instituto Ofir Loyola, que utilizam os doze módulos, integrando todos os setores destas Instituições. Nossa dinâmica de implantação priorizou os aspectos relacionados às pessoas com o foco no processo de planejamento, comunicação, motivação, sensibilização e treinamento e demais aspectos relacionados com o ser humano. Também foi decisiva a participação do gestor, convencido e comprometido com os benefícios da implantação do sistema, elemento fundamental para conduzir o processo com determinação necessária. A decisão de informatizar foi comunicada aos funcionários, juntamente com palestra/apresentação das informações básicas, com o objetivo de desmistificar a informática e substituir o medo do desconhecido pela curiosidade natural de conhecer a tecnologia. Assim, todas as pessoas foram envolvidas e motivadas com o projeto que foi gradativamente atingindo todos os setores de atendimento do Hospital.

O HOSPUB possibilitou a promoção da democratização do acesso às informações em saúde, atendimento mais humanizado com redução de filas através do agendamento das consultas especializadas, transparência e celeridade na prestação do serviço e melhor aplicação dos recursos públicos. Seus principais produtos são: A criação de banco de dados em nível local com cadastro único de informações sobre pacientes; racionalização do atendimento através da padronização dos processos; disponibilidade de dados sobre o perfil dos clientes (procedência, diagnóstico, tempo de permanência/atendimento e procedimentos...); disponibilidade de informações detalhadas aos profissionais sobre os usuários atendidos, suas doenças e seus tratamentos, auxiliando-os em seus estudos; possibilidade de otimização do atendimento através das informações sobre o usuário; obtenção de informações para gerenciamento, visando à melhoria do funcionamento de uma Unidade Hospitalar e fornecimento de instrumentos para uma Gestão hospitalar, eficaz, eficiente e efetiva. Merece destacar que toda idéia nova gera impactos iniciais. Alguns funcionários apresentaram certa resistência à informática, motivados pela falta de conhecimento ou pelo receio de não conseguirem trabalhar com o novo produto, o que é plenamente compreensível, pois a tecnologia promove mudanças radicais nos velhos e conhecidos

processos de trabalho. Entretanto, nossa experiência revela que o Projeto tem a facilidade de ser implantado de forma modular, através dos subsistemas e pode ser conduzido com suporte técnico "in loco" por pessoas do setor saúde, com o apoio remoto de técnicos da área tecnológica se consolidando com o compromisso do nível de gerência dos Estabelecimentos de Assistência à Saúde. Outro aspecto importante e determinante para o sucesso do Projeto foi a ampliação das parcerias interinstitucionais, intersetoriais e governamentais, que possibilitou a construção do conhecimento na utilização do sistema e na solução dos problemas relacionados as três esferas de governo. Assim, fica comprovado que o progresso para ser legítimo, não pode prescindir das parcerias na solução dos problemas e da participação do ser humano, pois mesmo com todos os fenômenos atuais, das transformações e avanços gerados com a tecnologia da informação, nada substituirá o ser humano, suas emoções e seus sentimentos.

IMPLANTAÇÃO DA CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS NO DF: UMA EXPERIÊNCIA EM REGULAÇÃO DO ACESSO ASSISTENCIAL

Autor principal: Clementina Corah Lucas Prado
Outros autores: Clayton Neves Camargos; Juliana Ramos Merçon e Ana Maria Silva dos Santos
Instituição: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A decisão de se implantar a regulação do acesso assistencial, no âmbito distrital, foi baseada na avaliação do seguinte panorama: o Distrito Federal (DF) não possui municípios e é constituído por 26 regiões administrativas, sem descentralização financeira, sendo caracterizado como uma cidade-estado. Entretanto, apresenta-se com uma rede de assistência à saúde ascendente, hierarquizada e descentralizada, cujas referências e contra-referências foram sendo fixadas, historicamente, por aspectos geográficos e pelas facilidades de transportes e acessos. Percebe-se ainda a dificuldade de ingresso para a alta complexidade, com a formação de extensas filas de espera para as especialidades médicas, além do preenchimento das vagas disponíveis baseado no critério de chegada à fila e não o de necessidade e urgência do caso. Em paralelo, observa-se também a ausência de controle do gestor distrital sobre a capacidade instalada e o total domínio dos profissionais de saúde sobre suas agendas, ocasionando a não adequação dos serviços aos recursos humanos disponíveis e ao preconizado pelos parâmetros assistenciais nacionais. Nessa direção, ocorreu a necessidade de estruturação do complexo regulador do acesso assistencial no DF.

OBJETIVO E PROPÓSITOS

Regular a referência no DF de usuários que necessitem de assistência em dermatologia, em nível ambulatorial, por meio de uma central de marcação eletrônica de consultas.

METODOLOGIA

O início das atividades de regulação assistencial, no campo distrital, se deu por meio do estabelecimento de um grupo de trabalho, no nível central da secretaria de saúde, e também de ações locorregionalmente descentralizadas por intermédio da estruturação de equipes em cada uma das seis regiões do Plano Diretor de Regionalização do DF (PDR/DF). Não obstante, para o desenvolvimento das estratégias de trabalho foram utilizados os aspectos teóricos da gestão e de regulação requeridos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), além do diagnóstico da demanda reprimida de especialidades ambulatoriais (tendo como referência o ano de 2004) e a definição do sistema informacional a ser utilizado pela Central de Marcação de Consultas (CMC), que foi o SISREG (Sistema de Regulação do Ministério da Saúde). Para a definição de qual especialidade médico-assistencial que primeiramente seria regulada em termos de acesso foi feita uma análise de todas as áreas, no âmbito ambulatorial, que apresentassem um maior volume de consultas com demanda reprimida. Nesse contexto, com base em informações obtidas por meio dos registros manuais das marcações nas agendas dos serviços de saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), obteve-se o seguinte panorama de números de atendimentos em espera (em ordem crescente): gastroenterologia - 11.010, urologia - 11.583, oftalmologia - 12.146, neurologia - 13.902, cardiologia - 22.133, otorrinolaringologia - 22.744, ortopedia - 31.566, dermatologia - 34.580. Portanto, a área assistencial com maior demanda reprimida era, até dezembro de 2004, a dermatologia, por conseguinte foi a primeira especialidade médica inserida no processo de regulação assistencial.

Para produção da regulação do acesso foram identificados os parâmetros populacionais assistenciais, de acordo com a Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde nº. 1101, de 12/06/02, que trata do atendimento ambulatorial e da dermatologia. Nesse sentido, foram definidas as unidades solicitantes da CMC: 70 centros e postos urbanos de saúde da rede distrital. Em paralelo, identificaram-se as 14 unidades executantes em dermatologia. Em termos de planejamento estratégico, atualizou-se a lista dos profissionais de dermatologia e das unidades solicitantes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Nessa direção, foram confeccionadas e publicadas as normas técnicas da CMC, com estabelecimento dos respectivos fluxos operacionais, além da distribuição dos protocolos de encaminhamento de usuários da atenção básica para a atenção especializada. Destaca-se ainda a configuração gerencial e informacional do SISREG para a

operacionalização da regulação. Ao todo, direta e indiretamente, ocorreu o envolvimento de 158 servidores das unidades solicitantes e 44 servidores das unidades executantes.

PRODUTOS

Após todo o processo de estruturação, que teve seu princípio em julho de 2004, iniciou-se, em outubro de 2005, o agendamento de consultas da retrocitada área assistencial. Como repercussão, segundo informações da Coordenação-Geral de Gestão da Regulação das Redes Assitenciais do DF, identificou-se a diminuição de 75% da fila de espera em dermatologia em quatro meses de implantação da regulação da especialidade, com tempo de espera pela consulta inferior a 20 dias para casos não urgentes.

APRENDIZAGEM COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

Facilidades: apoio de alguns gestores distritais com poder de decisão; apoio técnico do Ministério da Saúde; contratualização do Hospital Universitário de Brasília (HUB) e integração do mesmo à rede assistencial distrital por meio da CMC.

Dificuldades: desconhecimento sobre os princípios do SUS pelos profissionais e gestores distritais; diminuída capacidade de articulação e negociação entre os setores da Secretaria de Saúde do DF; desconhecimento dos coordenadores de especialidades médicas quanto ao diagnóstico de suas especialidades; possibilidades restritas de evolução do SISREG quanto a relatórios e outras adaptações necessárias à operacionalização da CMC/DF.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cultura da gestão, importante para todo o setor saúde, permite melhorar o nível de atividade social dos serviços, evitar o gasto irracional de recursos e limitar a realização de atividades desnecessárias, além de racionalizar e articular as diferentes atividades: clínicas, industriais, científicas, logísticas e administrativas, com um objetivo único: a satisfação do usuário. Caracterizando assim uma lógica marcadamente regulatória. Nisso, a transformação institucional é extremamente necessária para que se possam empreender processos qualificados em termos de gestão em saúde.

IMPLANTAÇÃO DAS NOVAS VERSÕES DO SIM E SINASC: UMA MUDANÇA DE PARADIGMA

Autor principal: Dácio de Lyra Rabello Neto
Instituição: Ministério da Saúde
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

O SIM – Sistema de Informação de Mortalidade e o SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, são com certeza dois dos mais tradicionais sistemas de informação do Ministério da Saúde. A partir da coleta universal de dados de nascimentos e óbitos que ocorrem no país, tem como missão gerar informações cuja riqueza epidemiológica trascendem a questão das estatísticas vitais ou da demografia.

Criado em 1975, o SIM nasceu da definição das variáveis, e a unificação dos mais de 40 modelos de Declaração de Óbito – DO - então existentes no país. A DO, enquanto documento padrão utilizado na coleta destes dados, tem a dupla função de alimentar o SIM e informar os óbitos aos Cartórios do Registro Civil, para a emissão da Certidão de Óbito, viabilizando o sepultamento e demais medidas legais relacionadas à morte. O documento único incorporou um bloco padronizado pela Organização Mundial de Saúde para o Atestado Médico da morte, com campos para os diagnósticos, que fornece uma das suas principais variáveis epidemiológicas, a causa básica da morte. Além da causa básica da morte, informa sobre o perfil sócio-demográfico dos mortos (idade, sexo, escolaridade, ocupação, estado civil, endereço de residência, etc) e sobre a assistência recebida (ou não recebida) com dados sobre o estabelecimento de saúde, e possui blocos de variáveis específicas para a vigilância de obitos maternos e infantis.

O SIM dispõe de dados informatizados a partir de 1979, e iniciou o processo de coleta descentralizada em 1991. Encontra-se implantado na maior parte dos municípios brasileiros, e capta atualmente em torno de um milhão de eventos por ano, o que corresponde a 90 por cento dos eventos fatais, segundo estimativas do IBGE.

O SINASC foi implantado a partir de 1990 e tem por objetivo coletar dados sobre os nascidos vivos informados em todo o território nacional pelos três níveis do Sistema de Saúde. Possui variáveis de grande importância para a saúde pública, e permite o acompanhamento das estatísticas de nascimentos, a avaliação de riscos e a qualidade da assistência na gravidez e no parto, e outras informações importantes para a tomada de decisões na execução das ações na área materno-infantil. Capta 90% dos nascimentos estimados pelo IBGE, e em muitos municípios mostra mais nascimentos que o número publicado pelo IBGE, com base nos dados dos Cartórios de Registro Civil.

PROPÓSITOS

Além do aperfeiçoamento no processo de trabalho das equipes envolvidas nos dois sistemas de informação nos estados e municípios, visando o aumento da cobertura e da qualidade da informação, questões tecnológicas foram identificadas como fatores que interferem neste processo de busca do aperfeiçoamento. Questões tecnológicas relacionadas com o processo de transferência dos dados, a retroalimentação das informações aos municípios com eventos de residentes ocorridos fora e a maior agilidade na consolidação e divulgação dos dados nacionais foram identificadas como fatores a serem observados no desenho de uma nova versão.

METODOLOGIA: CAMINHO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA

O Ministério da Saúde lançou em janeiro de 2006 novas versões para o SIM e o SINASC, cujo processo de delineamento, definição da tecnologia, e pactuação das regras de negócio destas versões consumiu amplo espaço de negociação com gestores e usuários estaduais e municipais dos sistemas, desenvolvido nos últimos 4 anos.

PRODUTOS, O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

Os novos aplicativos encontram-se em produção, registrando todos os eventos de nascimentos e óbitos ocorridos a partir de 1º de janeiro de 2006, e sua implantação representa muito mais que o lançamento de uma nova versão do sistema. Significa uma mudança de paradigma importante que se refere a mudança do conceito de propriedade sobre os bancos de

dados para o compartilhamento de informação entre gestores e usuários do sistema.

Será necessário ainda algum tempo para que se perceba como as alterações tecnológicas definidas para os novos aplicativos irão operar nesta mudança de paradigma.

São características importantes da nova versão:

- Plataforma web, mais leve, permitindo maior interoperabilidade
- Facilidade em atualização das versões
- Nova tabela de ocupações (CBO 2002)
- Utilização da tabela de estabelecimentos do CNES, que permite padronização da fonte de dados e maior possibilidade de análise envolvendo variáveis relacionadas à asssistência.
- Novo sub-aplicativo SCB (selecionador de causa básica da morte), totalmente oriundo da CID 10. O anterior ainda era uma "tradução" da CID-9.
- Retroalimentação automática de dados de morte e nascimentos para qualquer município ou estado, dos eventos ocorridos fora, permitindo a recomposição de bases de dados completas em menor espaço de tempo para municipios de qualquer porte. Mesmo aqueles que só "exportam" eventos.

CREDENCIAMENTO UNIVERSAL: ALTERNATIVA DE MODALIDADE CONTRATUAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE; JUNTO AOS PRESTADORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Autor principal: Dario Francisco Olivet Salles
Outros autores: Marcia Regina Ebert
Instituição: CIS/AMUNESC - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Nordeste de Santa Catarina / Secretaria Municipal de Saúde de Joinville
Município: Joinville
Estado: Santa Catarina

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Assim diz a Constituição da República:

"Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros, e também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

(...) Art.199 (...) § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos".

Em acréscimo, reza a Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre a organização do SUS:

"Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde – SUS poderá recorrer aos serviços oferecidos pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art.25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde – SUS".

A interpretação dessa legislação indica que os serviços de saúde deverão ser prestados diretamente pelo Poder Público. Nos casos, entretanto, em que isso não seja possível, poderá o SUS socorrer-se dos serviços a serem prestados, de modo complementar, pela iniciativa privada. Na hipótese, terão preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

No Brasil, a partir da década de 70, houve um aumento expressivo na expansão da oferta de serviços privados de assistência hospitalar e ambulatorial, na contratação e compra dos mesmos pelo Estado. Muitos desses contratos perduram até hoje, nas diferentes esferas gestoras e caracterizam-se pela necessidade de se promover uma profunda reformulação conceitual e metodológica, que terão que ser desenvolvidas na capacidade de comprar, por parte do setor público. Considera-se que ao ainda persistir a timidez do Estado em ampliar a sua capacidade instalada pública na prestação de serviços de saúde, faz-se então urgente e necessário se utilizar de mecanismos legais para exercer direitos e contratar obrigações entre as partes, rompendo com a permanência dos interesses unilaterais privados sob os recursos públicos, definindo de forma clara e formal, condições a serem estabelecidas em novos contratos, primando pela exigência da atribuição reguladora do Estado, dentro do iminente interesse público. A complementariedade de serviços de saúde à rede pública previstos na Constituição Brasileira, não pode ser transformada em ato contínuo, sem que haja um efetivo controle, regulação e avaliação das instâncias gestoras. A lógica da oferta de comprar-se o que o prestador quer oferecer em detrimento das necessidades epidemiológicas e sentidas da população, não poderá mais prevalecer. As situações manifestamente irregulares, ilegais ou mesmo imorais, pelas quais o Sistema é conduzido e controlado por interesses diversos, chegam a torná-lo muitas vezes, refém dos prestadores privados. Diante de tal quadro, há que se trabalhar pela mudança nessa relação, sendo necessário que a relação entre os gestores do SUS e os prestadores de serviços de saúde seja manifestada e consignada por contratos transparentes e públicos o que exigirá suficiente determinação, criatividade e capacitação de seus quadros funcionais para exercerem o papel contratante, hoje já mais definido pelas recentes portarias do Ministério da Saúde. Tal predisposição e organização metodológica na compra de serviços de saúde através da adoção de novas condutas e rotinas que se exigem nessa regulação pública, evitará a fragmentação do Sistema de saúde e o desperdício de recursos públicos, propiciando a sua otimização e a democratização do acesso. Para tanto, o Credenciamento Universal enquanto modalidade na compra de serviços de saúde, se apresentará como alternativa de condução, gerando um ganho real quantitativo e qualitativo

de procedimentos, a serem ofertados e garantidos à população usuária SUS.

OBJETIVOS

Minimizar os problemas e dificuldades hoje encontrados pela insuficiência de oferta pública e vislumbrar com certeza mais à frente uma melhora significativa na qualidade do atendimento prestado à população.

METODOLOGIA

a) Tendo por base os procedimentos de coleta de banco de dados, definindo-se como bibliografia documental, com uso de materiais científicos já elaborados (livros, artigos, recortes...);
b) Tendo por base os seus objetivos expostos, define-se como sendo exploratória e descritiva, pautada na observação sistemática.

PRODUTOS

· Implantação da modalidade de credenciamento Universal no CIS/AMUNESC e na Secretaria Municipal de Saúde de Joinville permitiu uma amplitude ilimitada no número de prestadores de serviços de saúde com a opção de livre escolha por parte do usuário SUS;
· Proporcionou uma melhoria na qualidade e na humanização do atendimento por parte dos prestadores de serviços de saúde, face à concorrência estabelecida;
· Oportunizou a racionalização e a otimização do uso dos recursos públicos por parte dos municípios consorciados;
· Contribuiu com o monitoramento e a controladoria contínua das Programações Físico-Orçamentárias – FPO, pactuadas bimensalmente nas ofertas de serviços de saúde apresentadas aos municípios consorciados;
· Ocasionou maior satisfação dos usuários do SUS dos municípios consorciados da macrorregião de Joinville.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

O credenciamento é a modalidade que permite a contratação a qualquer tempo, de qualquer interessado, pessoa jurídica, pública ou privada, lucrativa ou não que preencha as condições mínimas exigidas nos editais públicos, para os serviços neles elencados.

O credenciamento pode ser universal, abarcando todos os prestadores do serviço, ou limitado a um determinado número de interessados, aqueles que apresentarem melhor qualificação ou ofertarem condições mais vantajosas, tudo dependendo a relação oferta/procura.

É de se acrescentar, por fim, que, em qualquer caso, deve ser atendido o princípio da economicidade. Em outras palavras, a utilização dos serviços da iniciativa privada, de modo complementar, no âmbito SUS, só se justifica se houver vantagem econômica para o Ente Público. (FORTUNA, 2001).

O credenciamento, de outra parte, não se presta ao objetivo se abrir mão de manter servidores no quadro permanente. A Administração é obrigada a prestar serviços de saúde, diretamente, através de profissionais pertencentes aos quadros de carreira, em instalações próprias. O credenciamento serve apenas para permitir a manutenção, constância, eficiência e eficácia dos serviços de saúde, em conformidade com o que prescreve o arcabouço jurídico legal hoje vigente, a saber:
a) Constituição Federal - Artigos 197 e 199 §1º;
b) Lei nº 8.080/ 90 – Art. 24 e 25, que dispõe sobre a organização do SUS;
c) Lei nº 8.666/93, no que couber (Lei das Licitações e Contratos Administrativos e suas alterações);
d) Lei Complementar nº 101 de 04/05/2000 (Normas de Finanças Públicas Voltadas à Responsabilidade da Gestão Fiscal - artigo 37);
e) Decisão 104/95 – Plenário – Ata 10/95 / Processo nº TC 016.171/94-2;
sessão 15/03/95 – DOU 27/03/95 – Página 4213;
f) Decisão 656/95 – Plenário – Ata 58/95 / Processo nº TC 016.522/95-8;sessão 06/12/95 – DOU 28/12/95 – Página 22549.

ECONSIDERAÇÕES FINAIS

O credenciamento universal é aplicável a serviços específicos, como o de uma clínica especializada em exames diagnósticos ou procedimentos especiais. Nesta modalidade, se se desejar a contratação de serviços específicos, não disponíveis na rede pública, poder-se-á abrir, através de seleção pública, o credenciamento das clínicas, profissionais ou laboratórios que preencham determinados requisitos, a serem remunerados por procedimento, segundo tabela preestabelecida. Realizado o credenciamento, os serviços serão distribuídos entre todos os credenciados, com os quais deverão ser firmados os contratos de prestação de serviços (FORTUNA, 2001).

Tal sistemática e operacionalização de forma responsável deverá:
a) Observar os princípios da legalidade, impessoalidade, igualdade, moralidade, publicidade, competitividade e economicidade para

o município, em conformidade com os artigos 37 e 70 da Constituição Federal e Lei Orgânica Nacional de Saúde;
b) Servir como instrumento de cooperação, regulação e avaliação dos resultados na prestação de serviços de saúde aos usuários do SUS;
c) Regularizar e monitorar a situação contratual entre todos os níveis de gestão do SUS e junto aos prestadores de serviços de saúde;
d) Contribuir para a organização do fluxo contratual da prestação de serviços em saúde próprios e credenciados;
e) Democratizar a garantia de acesso, propiciando a entrada de novos prestadores de serviços públicos, filantrópicos e privados na rede pública, em caráter complementar, aumentado assim a parceria dos prestadores de serviço com o SUS;
f) Estabelecer um mix de negociação junto aos prestadores na garantia de oferta de procedimentos de baixo, médio e alto custo, face ao quantitativo de cotas programada e pactuada, priorizando a busca ativa pelo preço público SUS, nos serviços contratados;
g) Contratar os serviços de saúde de acordo com a necessidade e a ótica da demanda epidemiológica, sempre que possível mais próximo dos usuários;
h) Racionalizar e otimizar a utilização dos recursos públicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.BOLETIM DE DIREITO ADMINISTRATIVO, SP: NDJ, maio 1997, pp.327-330.
2.BOLETIM DE DIREITO ADMINISTRATIVO, SP: NDJ, set. 1996, pp.618/9.
3.CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. In Sistema Único de Saúde, SP: Hucitec, 1992, p. 170, nota 43.
4.CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA. Relatório de Atividades (Gestão). Joinville /SC: CIS/AMUNESC, 2002, 2003, 2004, 2005.
5.FORTUNA, Affonso de Aragão Peixoto. Sistema Único de Saúde: Alternativas de Execução dos Serviços por Terceiros. Interesse Público 9. Caderno de Direito Municipal – Artigos. 2001.
6.SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. Relatório de gestão ano 2002. Divisão de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria Serviço de Credenciamento, Contratos e Convênios. Joinville / SC.
7.TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Decisão nº 656/1995.
8.TRIBUNAL DE CONTAS DE SANTA CATARINA. *In* Decisões em Consultas – Prejulgados. Florianópolis, 1998, p.184.

UM RELATO DE EXPERIÊNCIAS - A REALIZAÇÃO DE SEMINÁRIOS REGIONAIS NA BAHIA: UM OLHAR SOBRE O FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE ATRAVÉS DE CONVÊNIOS.

Autor principal: Deborah Dourado Lopes
Outros autores: Antonio Fialho Reis Junior
Instituição: Núcleo Estadual do MS na Bahia
Município: Salvador
Estado: Bahia

Buscando contribuir com o processo de descentralização das ações de saúde, espacialmente com relação ao financiamento por cooperação técnica, transferência de recursos do SUS da União para os estados, municípios, outras instituições pública e filantrópica e organizações não govenamentais, através de celebração de convênios, é que optamos em realizar oficinas de apoio aos gestores municipais sobre o processo de habilitação, formalização do projeto e a prestação de contas dos convênios celebrados.

Durante a realização das oficinas, aproveitamos a oportunidade para apresentar e discutir as ações prioritárias de saúde do SUS, bem como a necessidade, do gestor municipal realizar o planejamento em saúde de acordo com as necessidades da população local, bem com compreender sua responsabilidade na Gestão do Sistema Único.

A nossa idéia surgiu a partir da vivência e a troca de informações cotidianas dos trabalhadores da Divisão de Convênios e Gestão (DICON) do Núcleo Estadual na Bahia (Chefias da DICON, do Serviço de Acompanhamento e Análise de Prestação de Contas – SAAP e do Serviço de Habilitação e Análise de Projetos - SEHAP) com os gestores municipais, e dirigentes de instituições e organizações, onde, frequentemente, eram apresentadas dificuldades sobre questões básicas e preliminares acerca do financiamento do SUS através de convênios, desde os processos de habilitação, formalização, celebração, execução, e apresentação da prestação de contas.

A partir de então, pensamos na elaboração de um projeto conjunto, com os diferentes Serviços da DICON, para que pudéssemos contribuir com o avanço dessas ações de forma pactuada e principalmente contemplando a realidade e as necessidades locais, para tanto traçamos os seguintes objetivos, o Geral**:** Contribuir para melhorar a informação e a capacitação dos gestores municipais e as instituições e entidades sobre o planejamento das ações propostas pelo Ministério da Saúde através de convênios, e, os específicos: Orientar os gestores quanto ao processo de habilitação dos municípios na DICONBA; orientar os gestores quanto ao processo de formalização de projetos; orientar os gestores quanto ao processo de elaboração de prestação de contas dos convênios e contribuir com o avanço na descentralização das informações sobre o financiamento das ações do SUS.

Quanto à metodologia, podemos dizer que o projeto foi definido em dois momentos distintos para sua implantação, a saber: no primeiro, fizemos um levantamento das principais dificuldades encontradas pelos gestores, a cerca do financiamento das ações de saúde, através de convênios. No segundo, procedemos ao levantamento dos municípios a serem contemplados; para tanto, mapeamos o Estado da Bahia em quatro pólos regionais – Vitória da Conquista (incluindo 62 municípios), Irecê (incluindo 52 municípios), Paulo Afonso (incluindo 13 municípios) e Laje (incluindo 25 municípios). Do total de 152 municípios selecionados, 36,45% do estado, contamos com a participação efetiva de 113, 74,43%, além dos conselheiros, secretários municipais de saúde e organizações não governamentais.

A oficina Pólo de Vitória da Conquista foi realizada no período de 21 a 23 de fevereiro de 2005 e contou com a participação efetiva de 41 municípios, a de Irecê aconteceu em 16 a 20 de maio de 2005 com a participação de 45 municípios, a de Paulo Afonso ocorreu nos dias 11 a 15 de julho de 2005 com 10 municípios e a de Laje foi entre os dias 24 a 26 de agosto de 2005, com 17 municípios participantes.

As oficinas realizadas em forma de seminários regionais aconteceram após sensibilização dos gestores envolvidos, com ampla divulgação, para a efetiva realização. Posteriormente, procedemos a montagem das equipes técnicas, que foram constituídas pelos seguintes membros: a chefe da Divisão de Convênios e Gestão, dois técnicos do SEHAP e dois do SAAP e um da FUNASA (devido à especificidade desses convênios), um apoio técnico e um assessor de comunicação.

O material didático utilizado foi selecionado previamente e apresentado com o auxílio de recursos audiovisuais – Datashow, também realizamos oficinas de treinamentos sobre o processo de habilitação, celebração, elaboração, execução e a prestação

de contas, antes abordamos as prioridades do governo federal para o setor saúde, as normas de habilitação e de formalização de projeto do MS e as orientações técnicas e legais sobre a execução da prestação de contas.

Os resultados, por nós alcançados, foram considerados de grande relevância vez que pudemos vivenciar trocas de informações e de experiências diferenciadas com os gestores municipais e os participantes dos seminários, espacialmente no que se refere aos principais problemas de saúde da população, ao diagnóstico da situação local, a estrutura dos serviços de saúde, a precariedade do controle social e a desarticulação entre o planejamento das ações com as reais necessidades da população, aliada a pouca ou quase inexistente informação sobre o financiamento da saúde, principalmente pelo repasse através de cooperação técnica..

Compreendemos a importância do SUS como política pública para sociedade brasileira, mas também, a necessidade de avanços para uma gestão compartilhada e co-responsável, entre as três esferas de governo, onde o avanço na regionalização e a descentralização do Sistema devem obedecer à unidade dos princípios e o respeito às grandes e complexas diversidades regionais do país.

SISTEMA DE AUDITORIA

Autor principal: Departamento Nacional de Auditoria do SUS
Instituição: Departamento Nacional de Auditoria do SUS-MS
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A realidade geográfica do Brasil, atrelada a quantidade de municípios que compõem o Sistema Nacional de Auditoria - SNA, mais de 650, além de todos os estados da federação e o Distrito Federal, faz com que busquemos a tecnologia da informação para viabilizar o registro, gerenciamento e segurança das informações garantindo rapidez de resposta.

Considerando esta diversidade torna-se imprescindível que uma organização com as atribuições de auditar o Sistema Único de Saúde - SUS, em nível nacional, utilize a tecnologia da Internet para permitir a agregação de todo o SNA em um sistema informatizado único, no intuito de racionalizar as tarefas repetitivas e agilizar outras que por vezes demandem muito tempo para coleta, avaliação e consolidação.

Portanto, é necessário organizar e tornar disponível os dados a serem armazenados em meio magnético, fazendo com que se tenha resultados de acordo com o esperado.

Este documento mostra as ações que propiciarão ao SNA um avanço tanto quantitativo quanto qualitativo das suas atividades, dando total transparência das atividades desenvolvidas e, contribuindo assim, para um Sistema de Saúde cada vez mais disponível ao cidadão.

Por esse motivo, o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), órgão do Ministério da Saúde, e componente federal do Sistema Nacional de Auditoria - SNA, na busca de racionalizar e padronizar os trabalhos em auditoria do SUS em nível nacional, criou um programa informatizado que disponibiliza e armazena dados no computador, dando subsídios imediatos e necessários para a realização eficaz de relatórios de auditoria, proporcionando ao Sistema e à Organização um verdadeiro avanço quantitativo e qualitativo dentro desta atividade, chamado SISAUD - Sistema de Auditoria.

OBJETIVOS

O SISAUD - Sistema de Auditoria - tem por objetivo a sistematização do acompanhamento, do controle e da produção das informações decorrentes das atividades de auditoria do componente federal do SNA, em todo o território nacional, e dos componentes estaduais e municipais que se habilitarem ao uso do Sistema.

O SISAUD apresenta ainda, o objetivo de registrar, proteger e tratar as informações referentes às atividades de auditoria de saúde realizadas pelos órgãos do Sistema Nacional de Auditoria, descentralizando e uniformizando o processo de tratamento das informações no âmbito deste Sistema.

METODOLOGIA

Iniciou em 1999 quando foi apresentado o projeto de informatização da área de auditoria federal. Assim que foi proposto aos dirigentes, inclusive ao senhor ministro da Saúde, de imediato acolheram a idéia e deram parecer favorável a viabilizar o projeto.

O projeto previa que a rede lógica de informática do Ministério da Saúde chegasse até as áreas de auditorias desconcentradas localizadas nos antigos escritórios de Representação nos estados, a necessidades de aquisição de equipamentos de informática, a capacitação dos auditores e por fim, o desenvolvimento de um Sistema que viesse a atender as necessidades da auditoria no Sistema Único de Saúde. Naquele momento já se colocava como necessário que, posteriormente, deveria ser contemplado um sistema com o envolvimento de todo o Sistema Nacional de Auditoria, que engloba as três esferas de governo.

Viabilizamos todos os itens do projeto, sendo que no desenvolvimento do Sistema não conseguimos identificar nenhum parceiro, o que fez com que assumíssemos este item apenas com funcionários próprios, que então, foram treinados na tecnologia para absorver conhecimento e trilharmos este desafio.

Em fevereiro de 2000 começamos os trabalhos, tendo disponível apenas 2 analistas de sistemas e 1 gerente de projeto, pratas da casa! Culminou com a implantação a partir de abril de 2002. Foram montadas três equipe de treinamento para "levar" a nova ferramenta aos auditores localizados nos estados. Esta etapa perdurou 11 meses. Treinamos 920 servidores que desempenham atividades de auditoria e administrativas.

PRODUTOS

Antes do Sistema havia dificuldades de criarem equipes de auditores de estados diferentes, pois necessitava de vários contatos para identificar pessoal com perfil e disponibilidade. A consolidação dos relatórios eram dificultados pela distância geográfica, retardando o fechamento dos trabalhos. Não havia padronização. Os resultados por conseqüência eram demorados, em alguns casos, passavam um ano para acontecer.

Observamos, hoje, a agilidade no processo através do acompanhamento sistemático das atividades desempenhadas por cada servidor. O fluxo de trabalho é todo informatizado, os prazos foram reduzidos. A localização de trabalhos efetuados a qualquer tempo é fácil e rápido. A resposta aos nossos demandantes fica dentro dos prazos estabelecidos. É possível identificar os pontos de gargalho no processo, quando, eventualmente, ocorrem. Temos como conhecer e identificar todos os serviços produzidos no âmbito do Departamento, até mesmo quando e quem fez.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Foi um desafio, pois no momento que começamos a realidade das regionais do Ministério da Saúde com relação à infra-estrutura de informática era ruim. Os auditores desconheciam o computador como ferramenta de trabalho. Tivemos várias resistências internas, com relação ao uso da tecnologia, pois os nossos usuários seriam pessoas com faixa etária acima dos 45 anos de idade, porém na medida que conseguíamos mostrar os primeiros resultados alcançados, facilitava a implantação e a consolidação. Fundamental para o sucesso, foi a criação de uma central de atendimento para tirar dúvidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Simon Bolívar, "o Libertador das Américas", dizia que o melhor governo é aquele que traz mais felicidade a um maior número de pessoas com o menor gasto. O SISAUD é uma ferramenta que possibilita, não isoladamente, porém com objetivos claros e vontade política, atingir esse maior número de profissionais com um menor gasto e agilidade.

A decisão por realizar um projeto de desenvolvimento próprio, utilizando recursos locais - físicos, humanos e financeiros - para a criação de uma solução específica para a realidade particular de um governo, define algumas questões que devem ser consideradas.

A IMPLANTAÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO AMAPÁ – A IMPORTÂNCIA DO APOIO INSTITUCIONAL

Autor principal: Eglê Santos e Santos
Outros autores: Marina Mendes
Instituição: Coordenação de Acompanhamento e Avaliação / Departamento da Atenção Básica / Secretaria de Atenção à Saúde / Ministério da Saúde
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

Alguns frutos do processo de institucionalização da avaliação na atenção básica já se encontram em desenvolvimento nesse estado com nome de árvore brasileira – Amapá – situado no norte do Brasil e cortado pela linha imaginária do Equador. O ainda tímido, porém promissor cenário vivido no estado (a seguir referido), consiste no resultado, proveniente também, das estratégias propostas e ações desencadeadas pelo apoio institucional de técnicas da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica do Ministério da Saúde. Neste sentido, o estímulo à cultura avaliativa e a reflexão mais sistematizada sobre a institucionalização da avaliação, compreenderam os maiores intentos do apoio executado. As intervenções desenvolvidas procuraram valorizar as especificidades do estado, as dificuldades e facilidades dos profissionais da Secretaria Estadual de Saúde/SES, superando o mero rigor normativo, focado no alcance de metas e produtos. Investiu-se metodologicamente num enfoque pedagógico, no protagonismo da SES, no destaque para as atribuições do Centro Colaborador - instituição de ensino a ser contratada pela Secretaria para assessorá-la no fortalecimento da sua capacidade técnica - e na viabilização de espaços para construção coletiva dos principais conceitos, concepções e pressupostos sobre avaliação, que referenciasse as ações a serem desenvolvidas no Plano Estadual para Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação (M&A) da Atenção Básica, integrante do Componente III do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – Proesf. A citada intervenção, em parceria com o Centro Colaborador, facilitou a definição de componentes curriculares para que a Secretaria elaborasse sua proposta metodológica de M&A da Atenção Básica. A metodologia adotada possibilitou a reflexão sobre o processo de trabalho, identificando os entraves e relacionando possíveis caminhos para garantir a sustentabilidade da proposta. Na análise do cenário foi considerada a atuação dos atores, mobilizando uma força sinérgica, a partir dos diferentes níveis de conhecimento, habilidades, acesso à informação e condições ambientais. A partir desta trama de construção, significativos resultados podem ser vislumbrados. Com isso, a expectativa é de uma colheita com grandiosos frutos, que resulte no acesso da população do Amapá, a serviços de saúde melhor organizados e mais resolutivos.

DIRETRIZES PARA PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DA ASSISTÊNCIA

Autor principal: Elaine Maria Giannotti
Outros autores: Ana Lucia Camargo; Flavio José Fonseca de Oliveira; Francisco Carlos Cardoso de Campos; Marcos Eliseu Marinho de Oliveira; Alex de Oliveira Meireles; Luiza Heimann
Instituição: Coordenação de Programação da Assistência-MS
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, onde em consonância com o processo de planejamento são definas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

OBJETIVOS

I – buscar a eqüidade de acesso da população brasileira às ações e serviços de saúde ;
II - orientar a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência à saúde pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população;
III - definir os limites financeiros para a assistência de média e alta complexidade de todos os municípios, compostos pela parcela referente à população própria e refereciada ;
IV – possibilitar a visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde;
V – fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso aos serviços de saúde.
VI – contribuir na organização das redes de serviços de saúde;
VII– possibilitar a transparência dos pactos intergestores

METODOLOGIA

I. Do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência:

Deve-se partir das ações básicas em saúde, para programar o rol de ações de maior complexidade tecnológica organizadas por áreas estratégicas. As ações que não estão organizadas por áreas estratégicas serão orientadas pela estrutura da Tabela Unificada de Procedimentos, com flexibilidade no nível de agregação dos procedimentos. A área hospitalar será orientada pelas clínicas de acordo com a distribuição de leitos do CNES. Os procedimentos financiados pelo FAEC serão programados de acordo com as aberturas programáticas definidas, bem como as ações executadas pelos serviços financiados por valores globais

O Ministério da Saúde sugere parâmetros de concentração e cobertura populacional para a programação das ações de atenção básica e média complexidade ambulatorial.

Os agravos de relevância para a Vigilância em Saúde serão incorporados nas áreas de atuação previstas na PPI da Assistência, considerando as metas traçadas anualmente na PPI da vigilância em saúde no momento da programação da PPI da Assistência.

O processo de programação se dá através das seguintes etapas: Etapa Preliminar de Programação, Programação Municipal, Pactuação Regional,Consolidação da PPI Estadual.Quando necessário é importante que seja realizada a programação interestadual, com a participação dos estados e municípios envolvidos, com mediação do Gestor Federal e aprovação nas respectivas Comissões Intergestores Bipartites, A programação das referencias intermunicipais deve estar refletida na programação dos estabelecimentos de saúde.

A programação pactuada e integrada deve ser realizada no mínimo a cada gestão estadual, respeitando as pactuações nas Comissões Intergetores Bipartites, e revisada periodicamente, sempre que necessário.

II. Do processo de monitoramento e avaliação

Após o processo de programação pactuada e integrada é fundamental que sejam adotados mecanismos para sua avaliação e monitoramento, buscando direcionamento para uma alocação consistente de recursos, mantendo a coerência com os demais processos de gestão.

Entende-se monitoramento da Programação Pactuada e Integrada como um conjunto de atividades que buscam acompanhar rotineiramente a execução física e financeira das ações e dos fluxos pactuados. Os complexos regulatórios de acesso se configuram como uma das ferramentas de excelência para o monitoramento dos pactos firmados.

Avaliação consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou um serviço com o objetivo de auxiliar o processo de tomada de decisão (Contandriopoulos et al., 1997).

A avaliação da Programação Pactuada e Integrada que se propõe utiliza a metodologia de enfoque por problema de saúde. Esta metodologia parte de um diagnóstico classificando os municípios em grupos homogêneos conforme os indicadores que compõem o Índice de Condições de Vida e Saúde (ICVS), desenvolvido por Heimann et al. (2002).

Foram definidos inicialmente oito problemas a serem trabalhados: Mortalidade Infantil, Mortalidade Materna, Câncer de mama, Câncer de colo uterino, Hanseníase, Tuberculose, Diabetes, Hipertensão. Para cada problema foram construídas matrizes compostas por processos, variáveis, indicadores e fontes.

No interior de cada agrupamento de municípios é possível indentificar os diferenciais de morbi-mortalidade existentes, chamados de "brechas redutíveis de mortalidade" (Castellanos, 1994). A análise estatística dos indicadores deverá possibilitar aos gestores o tratamento integrado dos dados envolvidos, tanto de programação como da produção de serviços apresentando dispositivos avaliativos de forma facilitada, que possibilitem o desenvolvimento de ações direcionadas ao enfrentamento dos problemas prioritários de saúde.

PRODUTOS

- Manual de diretrizes do processo de programação pactuada e integrada da assistência;
- Parâmetros para programação das ações de saúde;
- Definições e Requisitos para o desenvolvimento de um instrumento informatizado de programação;
- Instrumento informatizado de monitoramento das programações;
- Metodologia de avaliação das programações.

IDÉIAS E IMAGENS DA GESTÃO SUS: PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA

Autor principal: Elaine Maria Giannotti
Outros autores: Lumêna Almeida Castro Furtado; Stefanie Kulpa; Débora Cristina Bertussi; André Luís Bonifácio de Carvalho
Instituição: Ministério da Saúde
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

O Ministério da Saúde vem realizando um grande movimento para apoiar a qualificação da capacidade de gestão na saúde de estados e municípios, no sentido de aprofundar e consolidar as diretrizes constitucionais de descentralização e regionalização do Sistema Único de Saúde. Certamente, um desafio que hoje se coloca é o de precisar o papel das esferas estadual, municipal e federal, reforçando e qualificando a descentralização e a gestão do SUS.

Neste contexto, o Projeto Idéias & Imagens na Gestão do SUS constitui uma estratégia que objetiva difundir e debater temas importantes para o âmbito da gestão do sistema de saúde nas esferas federal, estadual e municipal. A partir da produção de materiais educativos audiovisuais/ vídeos de apoio à gestão do SUS, este projeto promove a disseminação de informações, a divulgação de práticas inovadoras e transformadoras de gestão, bem como experiências de enfrentamento de questões e dificuldades inerentes a esta pratica.

O vídeo número 2 (dois) desta coletânea versa sobre a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da atenção à saúde, processo que objetiva definir a programação das ações de saúde, em cada território, e nortear a alocação dos recursos financeiros para a saúde, a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. No Pacto pela saúde 2006, foram definidos vários princípios que orientam a mudança no processo de PPI.

O resultado esperado do processo de elaboração, produção distribuição e divulgação deste vídeo é o de contribuir para a compreensão, por parte dos atores implicados na construção do SUS, das mudanças definidas no pacto pela saúde 2006, bem como da importância da construção de um processo de programação da assistência que leve em conta as necessidades de saúde da população e as condições reais de oferta de serviços, articulados com um processo de regionalização viva, solidária e cooperativa.

RELAÇÃO DE UM MUNICÍPIO EM GESTÃO PLENA DO SISTEMA COM UMA SANTA CASA CONVENIADA COM O SUS.

Autor principal: Elisa Toledo de Mesquita Sampaio
Outros autores: Aparecida Linhares Pimenta
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Amparo
Município: Amparo
Estado: São Paulo

JUSTIFICATIVA

A gestão dos convênios dos hospitais filantrópicos, localizados em municípios que estão em gestão plena do sistema municipal de saúde, tem se constituído num dos maiores nós críticos do SUS, particularmente nos casos em que estes hospitais oferecem apenas procedimentos de média complexidade.

Os principais determinantes destes nós críticos estão no financiamento, na gestão do trabalho, particularmente do trabalho médico, e na gestão administrativas destes hospitais.

O problema do financiamento refere-se à defasagem da Tabela de Procedimentos praticada pelo Ministério da Saúde, que provoca desfinanciamento destes hospitais. Mesmo em situações em que as receitas do SUS são utilizadas corretamente, como os custos dos serviços oferecidos são superiores ao que é pago pelo SUS, os hospitais vivem crises financeiras sucessivas.

No caso do estado de São Paulo, em que a participação da Secretaria Estadual no financiamento destes hospitais é insignificante, a maioria dos municípios tem participado de maneira significativa no custeio destes hospitais.

O trabalho médico destes hospitais se faz através dos chamados Corpo Clínico, com um forte viés corporativista, onde os médicos trabalham no sentido de defender seus próprios interesses, sem compromisso com os usuários e com os demais trabalhadores do Hospital. Há uma verdadeira privatização destes hospitais, que na sua maioria foram construídos e equipados com recursos públicos e da comunidade, e são apoderados pelos médicos do Corpo Clínico, que organizam o trabalho da instituição sem considerar a inserção do hospital no sistema local de saúde. Os médicos querem autonomia para organizar o trabalho de acordo com seus interesses, nos moldes dos antigos hospitais filantrópicos, mas exigem remuneração do poder público para atender pacientes do SUS.

Por outro lado, as diretorias destes Hospitais são formadas por pessoas da comunidade, voluntários, sem conhecimento sobre a complexidade da atenção e gestão hospitalar. Mesmo quando estas diretorias são honestas e bem intencionadas, não conseguem fazer a gestão do trabalho médico, e muito menos trabalhar no sentido de integrar o hospital com o sistema local de saúde.

O município de Amparo conta com dois Hospitais Gerais – Santa Casa Anna Cintra e Beneficência Portuguesa de Amparo, e um Hospital Psiquiátrico – Sanatório Ismael.

A Santa Casa Anna Cintra é referência em internação e pronto socorro para a micro - região de Amparo, que compreende seis municípios da DIR XII de Campinas: Amparo, Monte Alegre do Sul, Serra Negra, Lindóia , Águas de Lindóia e Pedreira, no total de cerca de 170.000 habitantes.

Para o município de Amparo oferece retaguarda em Radiodiagnóstico, Tomografia , Mamografia e Densitometria Óssea e UTI.

O Hospital conta com 87 leitos totais, sendo 55 leitos conveniados com o SUS, com internações nas Clínicas Básicas, 05 leitos de UTI, Pronto Socorro, e Ambulatório de Ortopedia.

CAMINHO PERCORRIDO

Em 1998 o município foi habilitado na Gestão Plena do Sistema e assumiu a gestão dos convênios com os três hospitais. De 1998 a 2000 o Convênio SUS definia o pagamento por produção , de acordo com a Tabela de Procedimentos do Ministério da Saúde.

A partir de 2001 a Secretaria de Saúde de Amparo passou a remunerar os médicos de Plantões de 24 horas de Pronto Socorro e Gineco – Obstetrícia, e Plantões à distância de Pediatria, Cirurgia Geral, Anestesiologia e Ortopedia, além de remuneração de Clínica Médica para seguimento horizontal dos usuários do SUS. Estes recursos eram repassados para o hospital através de convênio, e a Santa Casa remunerava os médicos como autônomos, por prestação de serviço. A proposta de remunerar os plantonistas da maternidade era para priorizar a Assistência Materno – Infantil, uma vez que o

município apresentava coeficiente de mortalidade concentrado no período neo – natal,

A partir de 2003 foi assinado novo Convênio com a proposta de Convênio Global, com valores fixos para o atendimento ambulatorial (SIA – SUS) e internações (SIH – SUS), o que contribuía para a continuidade da UTI, que com apenas 03 leitos ofertados ao SUS , vinha enfrentando crises no financiamento.

Em 2005 este convênio foi revisto e após renegociação efetivou –se um aumento nos valores globais do Convênio que passou de R$ 184.352,20 para R$ 211.102,20 mensais.

Observamos que após assinatura do Convênio, vem ocorrendo uma redução nas atividades oferecidas aos pacientes do SUS, que passou de 80% em 2001 para 66 % em 2003 e 2004. Em 2005 a queda foi 63 %.

Neste Convênio de 2005 ampliamos a remuneração dos plantões à distância, e ampliamos a remuneração para dois plantonistas no período diurno do Pronto Socorro e um plantonista no período noturno.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Apesar dos esforços da Secretaria Municipal de Saúde, permanecem muitos problemas na assistência hospitalar do município, tanto no acolhimento quanto na resolutividade dos casos encaminhados pela rede de serviços municipais.

Os baixos valores da Tabela de Procedimentos do Ministério da Saúde colaboram em grande parte para esta situação, o que vem obrigando a participação cada vez maior da Secretaria Municipal no custeio da Santa Casa, comprometendo o financiamento do SUS no município.

A avaliação da Secretaria da Saúde não é positiva em relação assistência materno- infantil, pois apesar do pagamentos de plantonistas por 24 horas de obstetra, não houve redução na taxa de cesárea e o coeficiente de mortalidade infantil manteve-se praticamente inalterado de 2001 a 2004.

Em 2005 foram realizadas várias reuniões com a SMS – Amparo e os 02 Hospitais Gerais para buscarmos juntos soluções para os problemas da Assistência Hospitalar no município.

Nossa proposta era que os dois hospitais assumissem a assistência hospitalar integral à saúde, de tal maneira que cada um organizasse o atendimento de acordo com seu perfil tecnológico. Mas estas propostas não foram aceitas pelos hospitais.

Houve mudanças na sistemática de atendimento das urgências e emergências, decisão tomada pelo hospital a revelia da SMS, o que causou transtornos para os usuários não só de Amparo mas também para os municípios vizinhos.

O Conselho Gestor do Convênio não se viabilizou, pois o corpo clínico escolheu um representante sem governabilidade para discutir e resolver os graves problemas do atendimento do SUS.

Apesar do Convênio ser global as metas qualitativas não eram vinculadas ao financiamento. Com isto as metas não cumpriram seu papel de induzir mudanças na qualidade do atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos esforços da gestão municipal, inclusive com aumento significativo do repasse de recursos financeiros municipais, não houve mudanças na qualidade da atenção oferecida aos usuários do SUS.

Consideramos importante relatar e discutir esta nossa experiência por acreditarmos ser bastante freqüente nos municípios paulistas situações semelhantes a esta.

Por outro lado, acreditamos que com a proposta de uma nova contratualização dos hospitais filantrópicos é fundamental que os gestores apropriem-se da discussão das responsabilidades dos hospitais e da necessidade de qualificação do processo de gestão hospitalar, bem como do financiamento da rede de hospitais filantrópicos.

PROGRAMA PARCERIA RESOLVE- UMA NOVA RELAÇÃO COM OS HOSPITAIS

Autor principal: Elisabeth Sasso Simões
Outros autores: Aglaé Regina da Silva; Jaqueline Rosa Monteiro; José Altair Mathias da Costa
Instituição: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul
Município: Porto Alegre
Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

O Programa Parceria Resolve consiste em uma Política da Secretaria Estadual da Saúde/RS que prevê a inserção dos hospitais nas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dentro dos sistemas municipais, macrorregionais, microrregionais e regionais de saúde. Foi instituída pelo Decreto Estadual n.º 42.340/2003 e, a forma de adesão dos hospitais se dá através de contrato para os filantrópicos e termo de compromisso para os públicos municipais.

OBJETIVO

Prestar assistência qualificada e gratuita à população, garantindo o funcionamento com resolutividade, eficácia e eficiência da rede hospitalar de acordo com o nível de complexidade dos hospitais. Tem como foco principal o cumprimento das seguintes metas específicas:a) desempenho do Hospital, apurado através do Sistema de Satisfação do Usuário b) ações de auxílio ao Gestor Municipal na diminuição do índice de mortalidade infantil na região do Hospital c) atendimentos pactuados d) ações de humanização do atendimento sob orientação da SES e) atendimentos extra-hospitalares.

MÉTODO

Consiste na transferência de recursos financeiros do Tesouro do Estado para os hospitais habilitados. Prevê, além dos recursos fixos para custeio, incentivos para leitos psiquiátricos e gestantes de alto risco, com regulamentação própria cada um e, visam respectivamente, ampliar leitos de internação psiquiátrica em hospital geral, de acordo com as exigências da lei de Reforma Psiquiátrica e, diminuir a mortalidade neonatal e materna. A prestação de contas dos Hospitais é feita através de relatórios de atividades aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde e, obter parecer técnico favorável da Comissão Descentralizada do Programa Parceria Resolve localizada em cada uma das dezenove Coordenadorias Regionais de Saúde da SES/RS, indicadas pelas Comissões Bipartites Regionais.

RESULTADOS

O programa conta com 271 hospitais participantes- 75% da rede hospitalar SUS/RS. Em 4 anos do programa a previsão é transferir 70 milhões de reais aos hospitais,, desse valor 67% já foi pago.

Dificuldades e Aprendizado: A dificuldade central do Programa foi não contar com um cronograma pré-estabelecido dos desembolsos financeiros para os hospitais, o que inviabiliza em parte o cumprimento dos planos operativos dos mesmos.O aprendizado foi o gerenciamento de uma política complexa de atuação transversal na SES/RS; a valorização das dezenove Bipartites Regionais, ao responsabiliza-las pela Avaliação do Programa.Para os hospitais significa um aporte de recursos financeiros do tesouro estadual importante para seu custeio

CONCLUSÃO

O Programa Parceria Resolve é uma Política Pública de grande porte, beneficiando as instituições que ainda hoje são a principal porta de entrada no SUS e, procura inserir no ambiente hospitalar a cultura de prevenção e promoção da saúde, para não permanecer somente a cultura curativa e o tratamento da doença

SATISFAÇÃO DO USUÁRIO SUS NO RIO GRANDE DO SUL. - UMA PESQUISA INÉDITA

Autor principal: Elisabeth Sasso Simões
Outros autores: Aglaé Regina da Silva; Jaqueline Rosa Monteiro; José Altair Mathias da Costa
Instituição: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul
Município: Porto Alegre
Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

A pesquisa sobre a satisfação do usuário SUS tem sua aplicação prevista de dezembro de 2003 a setembro de 2006.É vinculado ao programa de auxílio financeiro aos hospitais filantrópicos e públicos municipais, chamado Parceria Resolve, da Secretaria Estadual da Saúde do RS.

OBJETIVOS

Avaliar:1) a qualidade do atendimento e a satisfação dos pacientes internados do SUS; 2)o Sistema de Saúde;3) premiar os melhores prestadores de serviços hospitalares; 4)auditoria das denúncias dos pacientes que respondem a pesquisa..

MÉTODO

Realização de pesquisa com a totalidade dos pacientes internados na rede SUS em três determinados meses do ano e, nos demais meses realizada por uma amostragem de 23.000 (30%) usuários internados,por meio de uma carta- resposta que contém cinco perguntas:
1. Confirma se foi internado e os dados da internação.(Retirados da Autorização de Internação Hospitalar- AIH- do paciente)
2. Avalia as instalações físicas e equipamentos do hospital
3. Opina sobre o atendimento da equipe de saúde
4. Informa se pagou pelo atendimento e a quem
5. Cita o tempo que decorreu entre a consulta e a internação.

A coleta das respostas é feita de três formas: cartas-resposta, Call Center ou WEB- com validação do código de identificação da AIH em todas as respostas para garantir precisão no resultado e apenas uma resposta permitida por pergunta.Como critérios para exclusão de AIHs da pesquisa têm-se:internação por Aids, Psiquiatria,Óbitos e endereço do paciente igual ao do hospital

PRODUTO

Para 20 meses de pesquisa:1.239.223 AIH processadas com 779.033 cartas enviadas; 622.246 entregues;156.787 devolvidas por não localizar o endereço do paciente e 60.637(9,74%) respostas. Foram realizadas as premiações dos dez hospitais com melhores notas no período de março de 2004 a fevereiro de 2005. O Instituto de Cardiologia de Porto Alegre teve nota máxima de 9,48.Um dado importante relativo ao tempo de espera para internação informa que 58,6% das respostas foram de pacientes que esperaram até 4 dias para serem internados.

APRENDIZADO E DIFICULDADES

O aprendizado foi atender as exigências técnicas que uma pesquisa de grande porte como esta exigiu da instituição Secretaria da Saúde,mesmo que a coleta dos dados tenha sido terceirizada.As dificuldades se deram pela devolução de nº significativo de cartas respostas por não localizar o endereço do paciente e,o endereço do paciente preenchido com o endereço do hospital,indicando baixa qualidade do preenchimento dos dados da AIH. .

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ganho fundamental da pesquisa foi à boa avaliação da internação SUS, com nota média geral dada aos hospitais em 8,53 sobre 10.Considera-se que essa boa avaliação deveu-se ao perfil de atendimento com baixo tempo de espera para internação e, ou, alta complexidade: as internações cardiológicas de urgência, parto, AVC agudo, doenças respiratórias e oncologia e identificar as insatisfações dos pacientes por meio das denúncias realizadas e encaminhadas para fiscalização da Auditoria Médica da SES/RS

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO NÚCLEO ESTADUAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM SANTA CATARINA- UMA NOVA FORMA DE COMUNICAÇÃO

Autor principal: Eliza Amélia de Miranda Nogueira
Outros autores: Rosemarie Caetano; Eliza Amélia de Miranda Miranda Nogueira; Bernadete Silva Machado; Gertrudes Salete Cembranel; Aureo José Rodrigues; Beatriz Minatto; Ivanete Scharpf Moratelli; Carlos Alberto Alves; Stela Rudolfo; Claudete Cazonatti; Lucy Maria Fernand
Instituição: Núcleo Estadual do Ministério da Saúde em Santa Catarina
Município: Florianópolis
Estado: Santa Catarina

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O Núcleo Estadual de Saúde – SC considera que a participação e comunicação é item fundamental para uma boa gestão. Foi assim que, diante do desafio de elaborar o Plano Estratégico, optou-se pela participação e representação de todos os setores e das três áreas (auditoria, informática e convênio que é responsável pela administração).

Para facilitar o processo, houve a colaboração de técnicos do MS/CGMDI capacitados na metodologia da Simplificação do MPOG/SEGES.

OBJETIVOS E PROPÓSITOS

Embora a integração das áreas fosse o objetivo maior, no que se refere à elaboração de um Planejamento Estratégico para a Gestão do Núcleo Estadual, em Santa Catarina, a comunicação, interna e externa, foi a tônica também no conteúdo do Planejamento. Explicitamente expressa em duas metas e indiretamente envolvida na meta de melhoria da gestão. A comunicação é ponto comum e fundamental para a integração das três áreas de atuação. Além do resultado obtido, o processo de elaboração do planejamento, em si, foi motivo de melhoria da comunicação interna, maior entrosamento do pessoal e maior circulação das informações, minimizando conversas de bastidores prejudiciais ao bom andamento dos trabalhos.

METODOLOGIA

A problematização, nos últimos anos, vem sendo utilizada como metodologia para o processo ensino-aprendizagem, mas seus princípios básicos de valorização do sujeito como ator e fonte principal para transformação e criação de novos fazeres é fundamental quando se trata da construção participativa do Planejamento Estratégico, por se tratar de uma ferramenta de gestão individual e particularizada para cada unidade de gerencial. O uso das ferramentas disponibilizadas pela Simplificação, como a técnica de moderação por cartelas, foi determinante para o processo que partiu da reflexão para elaboração da MISSÃO do Núcleo e continuou na identificação dos desafios comuns e das ações de solução.

PRODUTO

O produto desta experiência de gestão foi um Planejamento Estratégico construído com a participação e envolvimento de vários servidores, além das chefias, que se mobilizaram para estarem presentes e marcarem presença na elaboração do instrumento. O trabalho final apresenta metas comuns que, além de terem ações integradas das diversas áreas, otimizam os recursos, permitindo que se faça mais com um gasto menor:

I - Melhorar a comunicação interna para que todos os servidores do Núcleo tenham acesso à informação, de forma transparente e ágil.

II - Promover a comunicação das atividades (visibilidade do Serviço Público) do Núcleo de Santa Catarina em diversos Órgãos das três instâncias (municipal, estadual e federal), são expressões claras do caminho de maior comunicação para uma gestão participativa e transparente.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Vivenciar uma ação democrática e participativa não tem sido prática habitual na vida dos brasileiros. Participar não significa que todos devem aceitar o que um diz ou que participar é apenas uma chance para se impor desejos (os nossos). Participar significa aprender a ouvir (ouvir o que se

quer e o que não se quer), significa exercitar a paciência e estimular a colaboração.

Nem todos os que iniciaram a elaboração do Planejamento Estratégico, pode ou quis ir até o fim, mas o processo de cidadania participativa é assim mesmo. A maioria está habituada a reclamar sem apresentar soluções e esse foi o começo difícil do processo. Contudo, foi fácil para a equipe de Planejamento Estratégico do Núcleo de Santa Catarina entender que dependia de cada um, ali presente, a possibilidade de fazer algo, mesmo que minúsculo, para mudar...e mudar para melhor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Comunicação é, em si, um processo complexo. Sistematizá-lo é tarefa árdua, sobretudo com a proposta de expressar em um só documento formal as necessidades de várias áreas, que, por meio de idéias expostas e discussões partilhadas se transformaram em ações e caminhos adotados por todos. Fazê-lo acontecer, será ainda mais desafiador, mas a equipe aprendeu que é por intermédio da comunicação transparente e constante, do contato próximo que permite a constante troca de idéias que se inicia uma gestão participativa. Com ela, a possibilidade de se construir um fluxo de trabalho muito mais produtivo, criativo, eficiente e efetivo; servidores engajados e motivados. Ganha com isto o usuário.

A elaboração do Planejamento Estratégico de forma participativa é uma mudança cultura que não acontece em um dia, ainda muito há que se fazer para que a iniciativa não se acabe, mas a semente está plantada.

PROGRAMA NACIONAL DE GESTÃO DE CUSTOS - PNGC

Autor principal: Emerson Ricciardi de Souza
Outros autores: Myrza Macedo Leite de Lucena Horst
Instituição: Departamento de Economia da Saúde/Secretaria de Ciencia; Tecnologia e Insumos Estrategicos/MS
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

A proposta de criação do PNGC no âmbito do SUS surgiu da necessidade de se conhecer os custos dos produtos/serviços, para apurar e avaliar seus respectivos resultados. A Gestão de Custos é uma eficiente técnica gerencial para auxiliar na tomada de decisão, e deverá fazer parte das ações estratégicas das instituições de saúde. Desta forma a otimização dos recursos, sem comprometer a funcionalidade e a qualidade dos produtos/serviços, deve ser um objetivo permanente destas instituições.

JUSTIFICATIVA

Para que a oferta de serviços de saúde aconteça de forma equânime é necessária a correta aplicação dos recursos, que são escassos.

O principal mérito de se ter um sistema de custos bem elaborado no sistema de saúde, é o fato de se estimar todos os gastos ocorridos em determinada ação de promoção e prevenção. Com isto, gestores e tomadores de decisões poderão identificar com precisão onde estão os pontos desastrosos de seus déficits, minimizar os custos e maximizar a satisfação do usuário, com atendimento de boa qualidade e melhor acesso ao sistema.

OBJETIVOS

Geral: Desenvolver, acompanhar e avaliar a implantação/implementação da metodologia de custos sugerida pelo NUC/DES/SCTIE/MS nos hospitais e unidades brasileiras de saúde integradas ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Específicos:

• Identificar hospitais e instituições de saúde que queiram participar do PNGC;
• Criar um manual técnico para uniformizar as nomenclaturas e definições sobre custos;
• Apoiar a implantação de sistema de custos nas entidades integradas aos SUS;
• Criar um banco de dados capaz de garantir a troca de informação entre as instituições;
• Desenvolver ferramentas de gestão, capaz de auxiliar os gestores nas tomadas de decisões;
• Capacitar técnicos da rede colaboradora em Gestão de Custos;
• Desenvolver um *software* para apuração de custos.

METODOLOGIA

• Criar um grupo técnico para elaborar e implantar o PNGC no âmbito do SUS;
• Uniformizar nomenclaturas e definições sobre custos;
• Reestruturar e fortalecer os centros de custos já existentes;
• Criar uma rede de instituições colaboradoras;
• Realizar oficina de trabalho interna para técnicos do Ministério da Saúde;
• Realizar oficinas estaduais para disseminar a cultura de custos;

PRODUTOS

• Criação de um Grupo Técnico em Gestão de Custos: por intermédio da portaria nº 9, publicada em 14/12/2005 no Diário Oficial da União;
• Elaboração de Manual Técnico: com objetivo homogeneizar conceitos e metodologias de apuração de custos, bem como difundir, em nível nacional a cultura de custos;
• Diagnóstico Situacional: elaboração de um questionário eletrônico para identificar as metodologias de custeios utilizados pelos hospitais integrados ao SUS;
• Implementação do PNGC no âmbito do SUS: A instituição deverá adequar-se às nomenclaturas, definições e metodologia de apuração de custos, sugeridas pelo PNGC.
• Software específico de custos: que tenha portabilidade e que seja integrável, parametrizável e público;
• EAD- Gestão de Custos: contendo dois módulos: um primeiro introdutório a nível de aperfeiçoamento e um segundo módulo com título de especialização.

APRENDIZADOS: FACILIDADES E DIFICULDADES

FACILIDADES: a) Criação do Grupo Técnico - GT de Custos com publicação no Diário Oficial da União; b) Elaboração de um Manual Técnico em Custos; c) Geração de indicadores para demonstrar experiência exitosas; d) A criação de um fórum nacional para discussão de custos em saúde;

DIFICULDADES: a) Localizar dados sobre custos nas unidades de saúde do SUS; b) Escassez de Recursos Humanos; c) Comparar o custo estimado do procedimento/serviço em relação ao mercado; d) Carência de diagnóstico situacional sobre gestão de custos no SUS; e) Cultura incipiente em gestão de custos no âmbito do SUS; f) Carência de financiamento para apoiar Instituições a implantar custos; g) Heterogeneidade das unidades de saúde do ponto de vista administrativo e gerencial;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora não exista uma receita pronta que garanta o sucesso da implantação de um sistema de custos em hospitais e unidades de saúde, é preciso, desde já, quebrar o paradigma que só é possível sua implantação após ter o apoio de um sistema informatizado, integrado com os sistemas corporativos da entidade. Para apurar custo é necessário uma metodologia simples, boa vontade e muita persistência, pois, antes de qualquer coisa, este processo lida com pessoas, e mudança organizacional. Aliados a essas etapas, encontram-se também, como fatores estratégicos ao sucesso da implantação de um sistema custos, a sensibilização dos gestores, profissionais de saúde e funcionários da instituição.

METODOLOGIA DE ESTIMAÇÃO DE GASTO POR FAIXA ETÁRIA: O CASO DA SAÚDE DA CRIANÇA

Autor principal: Emerson Ricciardi de Souza
Outros autores: Ricardo Vidal de Abreu
Instituição: Departamento de Economia da Saúde/Secretaria de Ciencia; Tecnologia e Insumos Estrategicos/MS
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

Os gastos em saúde compõem indicadores relevantes para avaliação do nível de desigualdade do uso e da oferta efetiva de serviços de saúde pelo Estado para a determinada população alvo. O controle da magnitude desses gastos ganha mais relevância quando se trata de grupos mais vulneráveis e que, no caso das crianças, também é expressivo, em torno de 20%da população. A ausência ou insuficiência das políticas de proteção pode causar sérios impactos econômicos no futuro.

A possibilidade desse monitoramento permite avaliar se o comando da Constituição Federal de 1988 de declarar "prioridade absoluta" à promoção da proteção integral da criança e do adolescente, por parte do Estado, da família e da sociedade está efetivamente representando uma nova dimensão às políticas públicas da infância.

OBJETIVO

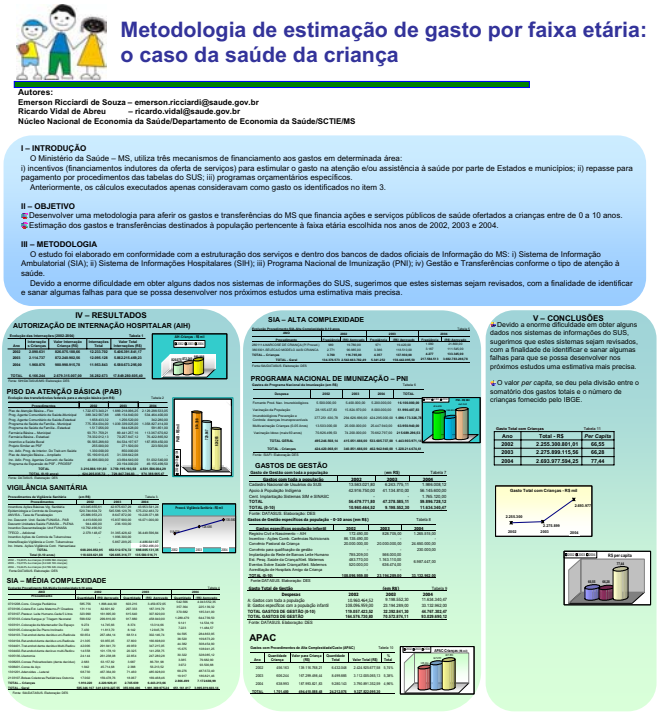
O presente artigo visa estimar o gasto em atenção à saúde executado pelo Ministério da Saúde para crianças na faixa etária de 0 a 10 anos no triênio de 2002, 2003, 2004.

Também visa a estabelecer um algoritmo de pesquisa nos mecanismos básicos de financiamento/gasto usados pelo Ministério da Saúde para serem utilizados em pesquisas sobre gastos em outras populações objeto de discriminação positiva.

METODOLOGIA

O presente trabalho tem como metodologia base o artigo desenvolvido pelo IPEA, em 2001, para apurar os gastos em atenção à saúde executado pelo Ministério da Saúde para crianças entre 0 a 10 anos de idade para os anos de 2002, 2003, 2004.

A metodologia difere em parte porque além das rubricas orçamentárias trata das modalidades de transferência utilizadas.



O presente trabalho procura estabelecer uma metodologia de pesquisa nos três mecanismos básicos de financiamento/gasto que o Ministério da Saúde utiliza, bem como nos gastos administrativos: 1)Incentivos (financiamentos indutores da oferta de serviços) para estimular o gasto na atenção e/ou assistência à saúde por parte de Estados e municípios; 2)Repasse para pagamento por procedimentos das tabelas do SUS; 3) Programas orçamentários específicos; 4) Gastos administrativos.

RESULTADOS

a) evolução dos gastos federais para as rubricas destinadas as crianças.

b) somatório geral dos gastos federais com crianças nos anos 2002,2003 e 2004;

c) estimação do gasto per capita para crianças no período em estudo.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

FACILIDADES: a) inclusão dos técnicos da área especifica; b) utilização da ferramenta "TabWin"; c) acesso a base de dados do Ministério da Saúde.

DIFICULDADES: a) incorporar os dados da APAC; b) incorporar os dados do SIA; c) identificar a faixa etária correspondente em cada base de dado do Ministério da Saúde.

CONCLUSÃO

A analise dos dados permitiu identificar mudanças importantes nos montantes e na composição dos recursos destinados a atenção infantil ao longo do triênio em estudo.

A metodologia desenvolvida é facilmente replicável para outras faixas etárias que sejam objeto de discriminação positiva

CASA UNIMED; PROMOVENDO SAÚDE.

Autor principal: Érika Guerrieri Barbosa
Instituição: UNIMED - Governador Valadares
Município: Governador Valadares
Estado: Minas Gerais

O Brasil apresentou um acentuado processo de mudança no perfil das moléstias capazes de propiciar a morbidade e a mortalidade da população, dentre essas mudanças observas e um aumento das doenças crônico degenerativas como a diabete mellitus (DM),a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e outras doenças cardiovasculares. Associado a esse processo, existe ainda o envelhecimento da população, juntamente com a criação do código de defesa do consumidor e a Regulamentação dos planos pela ANS com a ampliação das coberturas contratuais, causando gastos assistenciais cada vez mais elevados. Com isso o Programa de Qualificação da Agencia Nacional de Saúde (RN 94) vem oferecendo às operadoras de saúde subsídios para elaboração e implantação de programas com foco em promoção de saúde e prevenção de patologias, mudando assim o modelo de assistência e atenção à saúde. Diante desse quadro, a UNIMED Governador Valadares, através da expansão do setor de medicina preventiva em funcionamento desde 2001, inaugurou em 22 de junho de 2005 a Casa UNIMED. Esta oferece aos associados os programas de Visita Hospitalar; Conviver com Hipertensão; Conviver com Diabetes; Bebê Feliz e o Médici Lar, este se subdivide em atendimento domiciliar e internação domiciliar. Descreveremos a seguir os Programas Conviver com Hipertensão e Conviver com Diabetes.

OBJETIVO

Os programas têm como objetivo geral a redução dos custos de assistência médico-hospitalares decorrentes das complicações geradas pela falta de controle da HAS e da DM, associado à melhoria da qualidade de vida do paciente; atender as recomendações propostas pela ANS; fidelização do cliente e consolidação da marca UNIMED.

METODOLOGIA

Os programas inicialmente, resgataram do antigo Departamento de Medicina Preventiva, aproximadamente 135 pacientes. Atualmente a maior fonte de captação de paciente é através do Projeto de Visita Hospitalar. Em menor proporção, há as indicações médicas e indicação dos pacientes ativos da Casa. Vale ressaltar que nenhuma propaganda foi feita até março de 2006. Na Casa são oferecidos acompanhamento multidisciplinar com enfermeira, nutricionista, fisioterapeuta e psicóloga, além de horta comunitária, verificação de glicemia em jejum e pressão arterial, Grupo musical (Coral), palestras de educação em saúde, atividades físicas e hidroterapia com acompanhamento da fisioterapeuta, oficinas de artesanato, bijuterias, culinária, terapia de grupo e festas especiais.

RESULTADOS

De acordo com a capacidade do serviço, foi estabelecida uma meta semestral de cobertura e 500 clientes até julho de 2006, sabendo que a meta geral é atingir 70% dos clientes UNIMED acima de 30 anos, até dezembro de 2006. Os Gráficos a baixo ilustram o perfil dos pacientes monitorados pela Casa, o crescimento do serviço, a adesão dos clientes e os principais pontos para programação de novas políticas de promoção de saúde e prevenção de doenças. Dentre os resultados mais relevantes para a organização do serviço, podemos ressaltar a necessidade de políticas e estratégias de saúde para maior adesão de crianças, adolescentes e adultos jovens (Gráfico 3); planejamento de coberturas para outras patologias crônicas associadas ou não com a hipertensão e a diabetes (Gráfico 4); trabalhos direcionados a pacientes que mantêm a glicemia acima de 140ml/dl (Gráfico 5). Quanto ao crescimento do serviço, no 1º trimestre de 2006 nota-se um crescimento de 35,50% em relação ao 2ºsemestre de 2005, podendo ser observado nos gráficos 1 e 3 e nas tabelas 1, 2, e 3.

CONCLUSÃO

O sucesso do programa, adesão dos pacientes e a diversidade de atividades é atribuído à criatividade e o trabalho da equipe multidisciplinar no desenvolvimento de ações para a manutenção dos pacientes. O maior desafio porém, compreende em manter o paciente sob monitoramento para que seja possível avaliar os impactos das ações desenvolvidas

na Casa, sobre os gastos assistenciais com os pacientes, dados possíveis a partir de 1 ano de funcionamento do serviço. Pesquisas de qualidade de vida e satisfação do cliente estão sendo realizadas. Portanto o sucesso da Casa está nas mãos de cada profissional da equipe e cabe a esses mostrar resultados através de analises de dados do serviço para que sejam estabelecidas políticas adequadas de promoção à saúde e prevenção de doenças.

SEMINÁRIO INTEGRAÇÃO HOSPITALAR

Autor principal: Eugenio Luiz Lazarotto
Outros autores: Orasil Cesar Bueno; Carlos Maran; Ronaldo Pavan e Anizio Bello
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Barracão PR
Município: Barracão
Estado: Paraná

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O cidadão das cidades da tríplice fronteira passa por uma situação atípica do país, transita durante o dia por três cidades, três Estados e dois países, uma realidade própria, que precisa ser respeitada. Portanto, deve ser tratado de forma integrada.

Os municípios enfrentam dificuldades quanto ao atendimento hospitalar da população. Em Barracão PR, há uma estrutura hospitalar deficiente, conveniada com o SUS e recebe repasse de verbas do município, o que não é muito bem visto pelo Tribunal de Contas, pois seu parecer é de que não justifica o município arcar com ônus desta estrutura particular.

O município de Bom Jesus do Sul PR, distante apenas 14 km de Barracão, também encontra dificuldades, ainda maiores, pois não possui estrutura hospitalar, utilizando a pactuação de AIHs com o hospital de Barracão, e consequentemente também tem problemas com a justificativa dos repasses junto ao Tribunal de Contas.

O município de Dionísio Cerqueira possui uma estrutura hospitalar mais adequada, porém os gastos de manutenção por parte do município são grandes, não tendo recursos suficientes.

Assim, a melhor solução para estas dificuldades, seria a unificação das estruturas, onde os três municípios possam manter a estrutura e os atendimentos através de um consórcio intermunicipal, ou outra forma semelhante.

Para que isso possa ocorrer, é necessário a participação de toda a população nas decisões de unificação, o que foi realizado através deste seminário, que contou com a presença e voto dos conselheiros municipais de saúde dos três municípios, uma iniciativa da ASCOAGRIN – Associação Comercial e Agroindustrial de Barracão/PR e Dionísio Cerqueira/SC.

OBJETIVOS

O principal objetivo deste Seminário é esclarecer a população a respeito das dificuldades enfrentadas em relação ao atendimento hospitalar nos três municípios, mostrando ainda outras experiências de sucesso na área de consórcios intermunicipais, e visando deliberar sobre a unificação do hospital Municipal de Dionísio Cerqueira que atenderá as populações dos municípios de Barracão, Bom Jesus do Sul e Dionísio Cerqueira.

METODOLOGIA

Em discussões que vem sendo realizadas há algum tempo entre os profissionais de saúde dos três municípios envolvidos, fica claro a necessidade da integração para diminuir despesas e melhorar a qualidade dos serviços prestados. Para que seja possível esta integração na questão hospitalar, é necessária uma ampla discussão com todos os representantes da sociedade em geral, o que, para não caracterizar decisão política dos prefeitos, contou com o apoio e a iniciativa da ASCOAGRIN – Associação Comercial e Agroindustrial de Barracão/PR e Dionísio Cerqueira/SC, em realizar este Seminário de discussão sobre o tema.

O evento aconteceu no período matutino, contando com explanação de convidados sobre experiências concretas de sucesso em consórcios de saúde, como o Hospital de Mondai/SC, e a ARSS – Associação Regional de Saúde do Sudoeste. Teve ainda a explanação dos secretários municipais de saúde dos três municípios, dissertando sobre os dados e dificuldades de cada município, e as razões pela quais aderem à idéia de consorcio intermunicipal.

Após as explanações, colocou-se em pauta as discussões relativas ao tema, em que os membros dos Conselhos Municipais de Saúde de Barracão/Pr, Bom Jesus do Sul/PR, e de Dionísio Cerqueira/SC, votaram pela unificação do hospital, a qual deverá ocorrer através de um processo de discussão e deliberações que iniciou com este evento, mas que terá continuidade com a formação de uma equipe de trabalho constituída por diversos representantes de entidades e segmentos sociais convidados neste Seminário.

RESULTADOS DO PROJETO

A aceitação e participação do público foram excelentes e os Conselhos Municipais de Saúde aprovaram por unanimidade a continuidade dos estudos e discussões

com vistas a unificação do hospital de Dionísio Cerqueira/ SC, que atenderá as populações dos três municípios. A comissão para seguir os estudos e discussões a respeito da unificação foi composta por aproximadamente 40 pessoas, representando as diversas instituições públicas e privadas dos três municípios.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A experiência de uma discussão integrada entre os três Conselhos Municipais de Saúde foi muito importante no sentido de permitir maior percepção da realidade dos municípios, evitando assim que surjam comentários distorcidos das intenções e da forma como está ocorrendo a unificação, especialmente pelo fato de estar sendo coordenada pela ASCOAGRIN, uma instituição neutra que visa apenas a resolutividade que a situação demanda.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da organização deste evento percebeu-se a importância da união das equipes para que a ação seja eficiente. Conclui-se desta experiência a importância das parcerias e da participação popular para elaborar políticas que venham de encontro com as reais necessidades da população.

KIT ESCOVINHA - INOVAÇÃO E PLANEJAMENTO EM AÇÕES DE SAÚDE BUCAL COLETIVA NO SUS

Autor principal: Fabiano Vieira Vilhena
Outros autores: Magali de Lourdes Caldana
Instituição: Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo
Município: São José dos Campos
Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

É de conhecimento de gestores, administradores e técnicos do serviço público odontológico, que as ações de saúde bucal coletiva, são de extrema importância para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Os programas educativo-preventivos de Odontologia (PCs) devem ser amplamente preconizados e adotados em toda a rede, para que assim a higiene bucal coletiva dos escolares faça parte da rotina das escolas. Contudo esta pratica não deveria se resumir na distribuição de escova e creme dental como feita atualmente. Um protocolo de uso e acondicionamento deste material na escola se faz necessário. Muitas vezes são encontradas boas iniciativas na criação de um "kit" de acondicionamento e uso do material de higiene bucal do escolar, contudo quase a totalidade dos kits existentes não apresenta condições higiênicas e sanitárias satisfatórias. Este fato contribui para o descontentamento de professores da educação infantil e ensino fundamental, cirurgiões dentistas e técnicos em higiene bucal, os quais muitas vezes não desenvolvem estas ações pela falta de condições adequadas. Outro fator importante na execução dos PCs é o uso racional do flúor devido ao aumento da prevalência de fluorose dentária. Medidas devem ser tomadas em relação ao uso dos dentifrícios fluoretados, pois a administração à população escolar requer uma dose correta, segura e padronizada tal qual um medicamento, visto que após a incorporação do flúor ao dentifrício, os mesmos passaram a ter finalidade terapêutica e não apenas cosmética. Este trabalho propõe um modelo mais simples, econômico e inteligente, para o armazenamento, uso e distribuição das escovas e dentifrício dos escolares, beneficiando quase 1/3 da população brasileira.

OBJETIVOS

• Determinar o grau de satisfação do responsável pela higiene bucal dos pré-escolares e escolares em relação à maneira que é realizado o armazenamento e uso do material de higiene bucal dos alunos;

• Analisar a quantidade de dentifrício utilizada por escolares seja no uso de dentifrício na forma tradicional (pasta), ou na fórmula proposta (líquida);

• Propor um protocolo de higiene bucal coletiva, estabelecendo um KIT que atenda critérios satisfatórios quanto ao armazenamento, praticidade, higiene, tipo de dentifrício e custo.

METODOLOGIA

FORAM AVALIADOS 5 KITS DE HIGIENE BUCAL COLETIVA CONFORME ILUSTRAÇÕES ABAIXO:

Primeira etapa: 20 avaliadores (professores de educação infantil e ensino fundamental, e por cirurgiões dentistas) de Bauru - SP e São José dos Campos – SP, responderam a 2 questionários referentes às condições de armazenamento, higiene e praticidade dos kits que utilizaram. A análise estatística foi realizada por meio do teste Wilcoxon com $p < 0,05$.

Segunda etapa: 178 escolares de 4 a 8 anos de Bauru e Bariri - SP, aplicaram uma quantidade de dentifrício (Sorriso, COLGATE – PALMOLIVE, São Paulo – SP, 1100 ppmF) e "dentifrício líquido" (Dentics, POLI PRODUTOS, Lorena – SP, 1100 ppmF), para a prática da escovação sendo a pesagem realizada em triplicata para ambos os dentifrícios. A média das pesagens foi utilizada neste estudo. A análise estatística foi obtida através do coeficiente de correlação de Pearson e a Análise de Covariância com $p< 0,05$.

RESULTADOS

O kit 5, obteve graus de satisfeito e muito satisfeito quando comparados aos kits 1 à 4 (pouco satisfeito e insatisfeito). Na comparação direta entre os kits, o kit 5 demonstrou ter um custo bastante acessível, encontrando-se entre os mais baratos. A quantidade de pasta de dente dispensada pelos escolares foi em média 0,41g em Bauru e 0,48g em Bariri. Este resultado ocorreu principalmente devido ao programa de educação em saúde bucal de Bauru. Não houve diferença estatística entre os escolares de Bauru e Bariri em relação ao dentifrício líquido, sendo a média dispensada pela amostra de 0,15g. Foi verificada correlação estatisticamente significante em relação à quantidade de pasta de dente dispensada pelos escolares e a idade. O mesmo não aconteceu com o dentifrício líquido. Isto demonstra grande variabilidade na administração da pasta (quanto maior a idade, maior a quantidade), diferente do dentifrício líquido, onde ocorreu uma padronização através da "técnica da gota". Verificou-se também que 28,1% da amostra aplicaram uma quantidade de pasta de dente > 0,50g(risco de desenvolver a fluorose dentária). Com o dentifrício liquido 100% da amostra aplicou uma quantidade menor que a dose de risco.

CONCLUSÃO

O "kit de armazenamento coletivo de escovas e dentifrício líquido" ou simplesmente *KIT ESCOVINHA* (kit 5) mostrou-se eficaz e eficiente, destacando-se por sua resolutividade nas ações de saúde bucal coletiva no SUS atendendo a todos os índices de satisfação.

A POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: UM A NOVA PERSPECTIVA DE REGULAÇÃO

Autor principal: Fausto Pereira dos Santos
Outros autores: Leda Lúcia Couto de Vasconcelos; Gilson Caleman; Alfredo Scaff; Alzira Jorge; Everardo Braga; Fábio Fassini; Luciana Silveira; Ceres Albuquerque.
Instituição: Agência Nacional de Saúde Suplementar
Município: Rio de Janeiro
Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

A idéia central desta nova perspectiva no processo de regulação do setor suplementar é a ênfase na qualificação do papel de todos os atores (operadoras, prestadores, beneficiários e do próprio órgão regulador). O desencadeamento desta nova etapa para a atividade de regulação do setor privado de planos de saúde significa o reconhecimento da saúde suplementar como local de produção de saúde e campo de transformação profunda de todos os atores envolvidos.

OBJETIVOS

A Qualificação da Saúde Suplementar tem por objetivo a avaliação de dois componentes:

I. Avaliação da Qualidade das Operadoras

II. Avaliação da Qualidade Institucional.

A qualidade das operadoras é avaliada em 4 (quatro) dimensões: I. Avaliação da Qualidade da Atenção à Saúde (AS); II. Avaliação da Qualidade Econômico-financeira (EF); III. Avaliação da Qualidade da Estrutura e Operação (EO); IV. Avaliação da Satisfação dos Beneficiários (SB).

Com relação ao componente de qualidade institucional, pretende-se que o órgão regulador também aprimore continuamente seu processo de trabalho, comprometendo-se com a qualidade da regulação desenvolvida.

METODOLOGIA

A avaliação da qualidade das operadoras é feita através do IDSS, índice desenvolvido pela ANS, que varia entre 0 (zero) e 1. É calculado pela razão entre pontuação obtida e a pontuação esperada dos indicadores distribuídos em quatro dimensões: AS (39 indicadores), com peso ponderal de 50%; EF (08 indicadores) com peso de 30%; EO (10 indicadores), com peso de 10%; e SB (04 indicadores), com peso de 10%. Na 1ª fase do programa foram feitas às análise e divulgados os dados referentes aos anos de 2003 e 2004 e na 2ª e 3ª fases serão utilizados os dados referentes a 2005. Até o final de 2006 serão avaliados 61 indicadores. Na avaliação da qualidade institucional serão utilizados 27 indicadores que deverão medir o grau de eficiência e eficácia dos processos de trabalho, através do índice de desempenho.

PRODUTOS

A Política de Qualificação possibilitou a construção de uma agenda positiva entre todos os atores envolvidos, de forma a: (1) indicar a importância do Sistema de Informação; (2) ampliar o debate, em torno do modelo de atenção da Saúde Suplementar, com ênfase nas ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e regulação assistencial; (3) potencializar o trabalho integrado de todas as Diretorias da ANS, com articulação junto ao Ministério da Saúde e instituições de referência, (4) desenvolver metodologia da avaliação de qualidade que pode ser utilizada pelos gestores públicos e privados e (5) comprometer a ANS com a qualificação de seu processo regulatório.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A qualificação da saúde suplementar mostrou-se uma política eficaz na indução de transformações do setor. De forma gradativa, vem se observando a melhoria do registro de informações das operadoras de planos de saúde encaminhadas a ANS e do modo de produzir cuidado em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política de Qualificação implantada pela ANS estabeleceu as condições objetivas, para a nova perspectiva de regulação do setor e induziu às mudanças, necessárias, no processo de gestão da Saúde Suplementar.

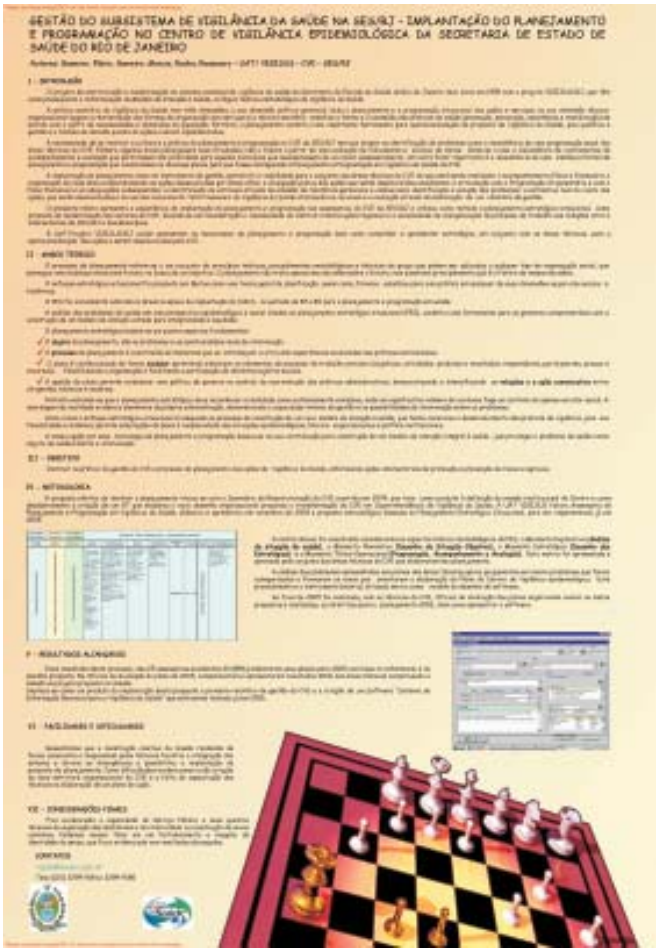
GESTÃO DO SUBSISTEMA DE VIGILÂNCIA DA SAÚDE NA SES/RJ - IMPLANTAÇÃO DO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO NO CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

Autor principal: Flávio Sá Gameiro
Outros autores: Márcia dos Santos Gameiro e Rosemary Mendes Rocha
Instituição: Secretaria de Estado do Rio de Janeiro
Município: Rio de Janeiro
Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO, PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

O projeto de estruturação e modernização do sistema estadual de vigilância da saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro inicia-se em 1999 com o projeto VIGISUS/RJ, que têm como pressuposto a reformulação do Modelo de Atenção à Saúde, na lógica teórico-metodológica da Vigilância da Saúde.

A prática sanitária da Vigilância da Saúde tem três dimensões, a sua dimensão político-gerencial inclui o planejamento e a programação situacional das ações e serviços, na sua dimensão técnico-organizacional sugere a reorientação das formas de organização dos serviços e a técnico-sanitária redefine a forma e o conteúdo das práticas de saúde (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) de acordo com o perfil de necessidades e demandas da população. Portanto, o planejamento constitui uma importante ferramenta para operacionalização da proposta de Vigilância da Saúde, pois qualifica a gestão e a tomada de decisão quanto às ações a serem implementadas.


GESTÃO DO SUBSISTEMA DE VIGILÂNCIA DA SAÚDE NA SES/RJ - IMPLANTAÇÃO DO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO NO CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

A necessidade de se instituir a cultura e a prática do planejamento e programação no CVE da SES/RJ tem sua origem na identificação de problemas como a inexistência de uma programação anual das áreas técnicas do CVE, embora algumas áreas planejassem suas atividades, porém não o faziam a partir de uma avaliação de indicadores e alcance de metas. Soma-se a isso a inexistência de instrumentos de acompanhamento e avaliação que permitissem dar prioridade para aqueles municípios que necessitassem de um maior assessoramento. Um outro fator importante é a inexistência de uma instância formal de planejamento e programação que consolidasse os diversos planos para que fosse configurado o Planejamento e Programação em Vigilância da Saúde do CVE.

A implantação do planejamento como um instrumento de gestão, permitirá: a visibilidade para o conjunto das áreas técnicas do CVE do que está sendo realizado; o acompanhamento físico e financeiro; a organização de cada área compatibilizando as ações desenvolvidas por áreas afins; a divulgação prévia das ações que serão desenvolvidas anualmente; a articulação com a Programação Orçamentária e com o Plano Plurianual e as adequações subseqüentes; a identificação de entraves através da emissão de relatórios gerenciais e análise para identificação e solução dos problemas; a estimativa real do custo das ações, que serão desenvolvidas e do uso dos recursos do Teto Financeiro da Vigilância da Saúde otimizando os recursos e a avaliação através da elaboração de relatório de gestão.

O presente relato apresenta a experiência de implantação do planejamento e programação nas assessorias do CVE da SES/RJ e utilizou como método o planejamento estratégico situacional, como proposta de modernização dos setores do CVE, levando-se em consideração a necessidade de instituir interlocuções regionais e a necessidade de reorganização do processo de trabalho nas relações intra e intersetoriais da SES/RJ e dos Municípios.

À UAT-Projeto VIGISUS/RJ coube apresentar os mecanismos de planejamento e programação bem como consolidar e apresentar estratégias, em conjunto com as áreas técnicas, para a operacionalização das ações a serem desenvolvidas pelo CVE.

OBJETIVO

Instituir na prática da gestão do CVE o processo de planejamento das ações de Vigilância da Saúde, enfatizando ações intersetoriais de promoção e prevenção de riscos e agravos.

METODOLOGIA

A proposta efetiva de instituir o planejamento iniciou-se com o Seminário de Reestruturação do CVE ocorrido em 2004, que teve como produto à definição da missão institucional do Centro e como desdobramento a criação de um GT que elaborou o novo desenho organizacional propondo a transformação do CVE em Superintendência de Vigilância da Saúde. A UAT VIGISUS futura Assessoria de Planejamento e Programação em Vigilância da Saúde, elaborou e apresentou em novembro de 2004 a proposta metodológica baseada no Planejamento Estratégico Situacional, para ser implementada já em 2005. Ao final de 2005 foi realizada a Oficina de Avaliação dos planos, objetivando avaliar as metas Propostas x Realizadas e as diretrizes para o planejamento 2006.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Como resultado deste processo, das 25 assessorias existentes 22 (88%) elaboraram seus planos para 2005 com base no referencial e na planilha proposta. Na Oficina de Avaliação do plano de 2005, compareceram e apresentaram resultados 100% das áreas técnicas comprovando a adesão ao projeto proposto na missão.

Destaca-se como um produto da implantação desta proposta o primeiro relatório de gestão do CVE e a criação de um Software "Sistema de Informação Gerencial para a Vigilância da Saúde" que está sendo testado já em 2006.

FACILIDADES E DIFICULDADES

Ressaltamos que a construção coletiva da missão realizada de forma consciente e responsável pelos técnicos facilitou a integração dos setores e dirimiu as divergências e possibilitou a implantação da proposta de planejamento. Como dificuldades evidenciamos a não criação da nova estrutura organizacional do CVE e a falta de capacitação dos técnicos na elaboração de um plano de ação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fica evidenciado a capacidade do Serviço Público e seus quadros técnicos de superação dos obstáculos e da criatividade na construção de novos caminhos. Podemos mesmo falar em um fortalecimento e resgate da identidade do grupo, que ficou evidenciado nos resultados alcançados.

OBSERVATÓRIO DE SAÚDE DA AMAZÔNIA LEGAL: AMPLIANDO CONHECIMENTO PARA TOMADA DE DECISÃO

Autor principal: Gabriela Jacarandá Alves
Outros autores: Adla Marques; Adriana Nunes; Danielle Cavalcante; Kátia Ern
Instituição: Ministério da Saúde
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

A região amazônica possui características e peculiaridades bastante específicas e distintas das demais regiões do Brasil, e por isso necessita de um olhar diferenciado, focado nas reais demandas da população local, resgatando o tema da eqüidade como princípio ético que instrumentaliza o direito à saúde. Dessa forma, o Ministério da Saúde tem como prioridade intensificar as ações destinadas a garantir a atenção à saúde na região, e para tanto definiu estratégias dentre as quais destaca-se a implementação do Observatório de Saúde da Amazônia Legal. Este tem como principal objetivo organizar, agregar e sistematizar informações estratégicas, com vistas ao acompanhamento das políticas de saúde, seus projetos e ações, além de constituir um dos mecanismos de monitoramento e avaliação, inserido no componente do Plano de Qualificação da Atenção à Saúde da Amazônia Legal. A estratégia de construção do Observatório de Saúde na Amazônia está consubstanciada na Política de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde – SUS, apresentada e aprovada na XII Conferência Nacional de Saúde realizada no ano de 2003. A implementação do observatório é uma iniciativa do Ministério da Saúde, em conjunto com a Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia - Sudam e com o Sistema de Proteção da Amazônia – Sipam, além de envolver universidades e centros de pesquisa, com os quais pretende-se consolidar o mapeamento dos agravos existentes na região e suas interfaces com o deslocamento da fronteira econômica e migratória, contribuindo com o monitorando de agravos que atingem populações de maior vulnerabilidade social. O observatório é considerado uma importante ferramenta para orientar gestores na tomada de decisão sobre os processos de saúde, portanto, para que este seja consolidado, a inclusão dos gestores municipais e estaduais é parte essencial da estratégia de co-responsabilização, dando capilaridade às informações de desenvolvimento do sistema de saúde na região amazônica. Com a efetivação do Observatório de Saúde da Amazônia Legal, pretende-se disponibilizar informações que possam afirmar o acúmulo de experiências no sentido de facilitar a gestão da saúde na região, promovendo a ampliação da participação de diferentes atores sociais na busca incansável de uma atenção à saúde igualitária e eqüitativa.

REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA EM JABOATÃO DOS GUARARAPES: UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO

Autor principal: Gabriella Morais Duarte Miranda
Outros autores: Maria Cecília de Mendonça Oliveira; Ana Pedrosa G. Rodrigues; Vera Maria de Souza Gayoso; Josilene Maria Felix Ferreira; Leonisia de Araújo Correia; Maria Isabel de Andrade Menelau
Instituição: Secretaria de Saúde de Jaboatão dos Guararapes
Município: Recife
Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO

A NOAS define regulação assistencial como a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada que efetive a universalidade e equidade do acesso, a resolubilidade e integralidade do cuidado; enfim, ações meio que ajudem a criar as condições para uma atenção à saúde pautada pelas demandas, necessidades e direitos de usuários cidadãos. As relações, tecnologias e ações que, se inscritos nas diretrizes do SUS, viabilizam o acesso aos serviços de saúde, adequando à complexidade de seu problema, os níveis tecnológicos, promovendo uma resposta humana, eficiente e eficaz, intermediando a demanda dos usuários por serviços de saúde e o seu acesso.

JUSTIFICATIVA

A Prefeitura do Município de Jaboatão dos Guararapes com o objetivo de implantar um modelo de atenção à saúde hierarquizado, fundamentado nos princípios da equidade, universalidade, integralidade e gestão participativa, assume o papel de ator estratégico do SUS, dada sua competência constitucional para prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços e atendimento à saúde da população.

O município visa organizar a rede de serviços e desenvolver o modelo de saúde de acordo com as peculiaridades locais, sendo essencial o fortalecimento do sistema de referência e contra-referência entre todas as unidades de saúde. Assim, a implantação de um Sistema de Referência e Contra-Referência garante um sistema de saúde que respeite as diretrizes e princípios fundamentais do SUS, formalizados na Constituição da República, constituições estaduais e leis orgânicas das três esferas de poder.

OBJETIVOS

• Garantir o acesso integral e universal as ações e serviços de saúde no âmbito do sistema municipal, através da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada, regulamentada, controlada e resolutiva;
• Assegurar o acesso através do referenciamento adequado das solicitações de consultas e exames especializados, disponibilizando a oferta pública, contratada e conveniada que fazem parte do SUS, viabilizando o gerenciamento do agendamento;
• Controlar o acesso assistencial.

METODOLOGIA

Para organizar a oferta de ações e serviços de saúde, foi inicialmente descrito o perfil demográfico do município,

dividido em cinco distritos sanitários. Posteriormente foi mapeada a capacidade instalada, a partir da descrição dos profissionais da rede de saúde por categoria e especialidade, bem como suas respectivas cargas-horárias. Para facilitar essa etapa foram utilizados dados do CNES. Em seguida, frente a um desempenho dos profissionais aquém da necessidade de consultas e procedimentos, foi pactuado o compromisso entre gestores e trabalhadores, com a devida assunção de responsabilidades entre as partes para cumprimento de metas pré-estabelecidas, determinadas segundo parâmetros do Ministério da Saúde e resoluções de Conselhos de Classe. Este levantamento subsidiou a construção do 1° Manual de Referência e Contra-Referência Ambulatorial do município de Jaboatão dos Guararapes. Após conclusão do Manual, criaram-se os fluxos de referência, pactuando cotas de atendimentos para cada unidade de saúde do município. Em paralelo, o município busca, ainda, estruturar o complexo regulador que irá atender as demandas da referência e contra-referência.

PRODUTOS

Uma vez definido o potencial da rede de saúde o município, criou-se condições para estabelecer o fluxo e regular sua assistência. Foram pactuados com os profissionais da rede o cumprimento de metas, tornando o acesso as ações e serviços de saúde mais eqüitativo e integral, em contrapartida, estes profissionais obtiveram maior investimento. A conclusão do 1° Manual de Referência e Contra-Referência Ambulatorial do município permitiu o estabelecimento da capacidade instalada de cada uma das unidades de saúde, o que subsidiou a organização da oferta de ações e serviços de saúde, articulada hierarquicamente, com níveis tecnológicos crescentes de resolução. Neste sentido o município busca atualmente, subsidiar a implantação da Central de Referência e Contra-Referência, definindo as relações, tecnologias e ações necessárias à sua implantação, numa lógica de recursos voltada para as necessidades da população.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Fortalecer a garantia da integralidade do acesso no município exigiu mudanças não só na produção do cuidado a partir da rede básica e especializada. Significou a mudança de conceitos, buscando criar condições para que, de forma permanente, o sistema de saúde estivesse mais dos indivíduos, torne-se mais humano, solidário e, sobretudo, mais resolutivo. Que princípios como territorialidade, vínculo, continuidade, planejamento local, promoção à saúde estivessem cada vez mais presentes nas pautas e agendas não só dos técnicos, como também dos movimentos sociais ligados ao setor, atendendo às necessidades e aos anseios da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que o sistema de referência e contra-referência funcione é fundamental uma boa articulação entre as unidades do sistema local e regional, a partir do estabelecimento do comando e coordenação únicos em cada nível, com definição clara das atribuições de cada unidade dentro do sistema, de acordo com os princípios de regionalização e hierarquização. Em áreas complexas, a existência de centrais de marcação de consultas especializadas e de internações hospitalares facilita este sistema.

Assim, percebe-se que a organização da atenção à saúde é um desafio que deve atender as necessidades de cada comunidade, de forma horizontal, respeitando suas diferenças, para assim promover o acesso eqüitativo, integral,

POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR - QUALIFICAÇÃO INSTITUCIONAL DA ANS

Autor principal: Gilson Caleman
Outros autores: Alexia Luciana Ferreira; Gilvânia Westin Consenza; Regina Lúcia Dodds Bomfim
Instituição: Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS
Município: Rio de Janeiro
Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS - está implementando a Política de Qualificação da Saúde Suplementar, compreendendo a qualificação da Agência Reguladora e das Operadoras de Planos Privados de Saúde, numa nova perspectiva de regulação indutora para o setor, com fortalecimento de novas práticas de gestão e de modelo assistencial, com a incorporação de ações de promoção e prevenção em saúde, situando a saúde suplementar, como *lócus* de produção de saúde e um subsistema do SUS. O presente trabalho busca refletir os processos de avaliação que visam a Qualificação Institucional da ANS.

OBJETIVOS

Medir o grau de desempenho da ANS em produzir os processos que realizem sua missão institucional, qual seja, *"promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País" (Lei 9961/00).".*

METODOLOGIA

O Índice de Desempenho Institucional - IDI, desenvolvido pela ANS, é calculado pela razão entre pontuação obtida e a pontuação esperada para cada indicador, distribuídos em quatro dimensões: Integração do Setor com outros órgãos do Setor Público (IS); Desenvolvimento de Processos Regulatórios (PR); Desenvolvimento Institucional (DI) e Imagem Institucional (II), refletindo ações sistêmicas e transversais da Agência. Foram previstas duas fases (2004 e 2005). A pontuação final é resultado da ponderação atribuída a cada dimensão, ou seja, 40% para PR, 30% para DI, 20% para II e 10% para IS. O Índice de Desempenho Institucional (IDI) é resultante do somatório dos valores obtidos nas 4 dimensões, variando de 0 a 1.

PRODUTOS

No processamento da 1ª fase foram aferidos 13 indicadores e o IDI_ANS obtido foi 0,525. Para a 2ª fase, relativa ao ano de 2005, estão sendo processados todos os indicadores calculados para 2004 e paralelamente está sendo discutida a inserção de novos indicadores, de tal forma que o IDI_ANS 2005 seja resultante do processamento de 27 indicadores, distribuídos nas mesmas dimensões da 1ª fase.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

O subprojeto de qualificação institucional mostrou-se um importante instrumento de integração institucional, possibilitando a identificação de nós críticos que levaram a revisão de alguns fluxos de processos prioritários e a qualificação das intervenções da ANS no setor. As principais dificuldades encontradas estão relacionadas as fontes de informações utilizadas para aferição dos indicadores, uma vez que existem ainda algumas inconsistência nos bancos de dados e integração insuficiente dos sistemas de informações institucionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação institucional configura-se como um componente necessário e imprescindível ao Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, na medida em que pode apontar deficiências organizacionais, dos processos regulatórios em si, de relacionamento e interação com outros atores, assim como pode subsidiar o (re) planejamento e qualificação das intervenções da ANS.

AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO PRESTADO PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO - PESQUISA JUNTO À POPULAÇÃO / IMPORTÂNCIA PARA A MELHORIA DO ATENDIMENTO E DA RELAÇÃO COM OS USUÁRIOS

Autor principal: Guilherme Böck
Outros autores: Dani Raquel Gund
Instituição: Secretaria de Saúde e Ação Social - Paraíso do Sul
Município: Rio de Janeiro
Estado: Rio de Janeiro

Um dos maiores desafios dos gestores do SUS é conhecer o pensamento da população – usuários - acerca dos serviços prestados. Este conhecimento sem sombra de dúvida é importante para estabelecer estratégias de atuação e de comunicação adequada à realidade e aos anseios desta população.

O Município de Paraíso constrói a sua realidade atual do setor de saúde pública a partir do fato de ter assumido a atenção básica, já tardiamente em 1999, implantando o PACS com 100% em 2000 e o PSF também com 100% em 2002, o município possui atualmente uma situação singular na área da saúde. Após quatro anos de traba-lhos do PACs e quase dois de atuação das equipes do PSF torna-se importante avaliar a opinião dos usuários sobre os serviços em funcionamento. O trabalho teve por objetivo identificar a opinião dos usuários do SUS sobre o atendimento prestado pela Se-cretaria, seus servidores, avaliando sua resolutividade, deficiências e também pontos positivos, como forma e instrumento de qualificação da atenção. Obter informações e tabulá-las como forma de orientar as atividades de planejamento, treinamentos e investimentos.

Através da aplicação de questionário com indagações sobre setores e servi-ços da Secretaria, inclusive os referenciados. Pretenderemos aplicar o ques-tionário em 10% das residências do município atingindo um mínimo de 240 casas. A partir de uma avaliação inicial positiva, onde cerca de 80% da população aprova o trabalho desenvolvido pela Secretaria de Saúde (Ótimo + Bom) verificar pontos positivos e principalmente aspectos negativos apontados pelos usuários, com vistas á implementação de melhorias no atendimento prestado à população.

SISTEMA DE GESTÃO FINANCEIRA E DE CONVÊNIOS - GESCON

Autor principal: Hernandes Pires dos Reis
Outros autores: Jorge Rodrigo Santana Carvalho; Rofrigo Oliveira de Sousa; Vera Lucia Holz Amorim; Darlan Ribeiro
Instituição: Fundo Nacional de Saúde - FNS/MS
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o órgão responsável pela administração financeira dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito federal.

Com o objetivo de ampliar a racionalidade administrativa e impor maior transparência à administração financeira desses recursos, o FNS implantou o Sistema de Gestão Financeira e de Convênios – Gescon.

Sistema de Gestão Financeira e de Convênios – GESCON

Introdução e justificativa, indicando a sua importância no contexto local:

Objetivos, propósitos

Metodologia: Caminho percorrido no desenvolvimento da vivência

Produtos: O que foi realizado e resultados alcançados

Aprendizado com a vivência: facilidades e dificuldades

Considerações Finais

GESCON
Gestão Financeira e de Convênios

OBJETIVOS

O Gescon é uma solução tecnológica que oferece múltiplas soluções para aprimorar o acompanhamento e o controle de convênios. O sistema armazena e fornece informações sobre cadastro de entidades, dirigentes, projetos, prestação de contas, empenhos, ordens bancárias e programação financeira, por exemplo. O Gescon é considerado hoje uma referência na Administração Pública Federal

O Gescon foi implementado com o objetivo de organizar e otimizar a gestão financeira e de convênios do Fundo Nacional de Saúde.

Com a implantação do Gescon buscava-se alcançar uma solução que trouxesse para o Fundo Nacional de Saúde uma gestão mais precisa e eficaz dos convênios firmados. Buscava-se, em síntese, descentralização, racionalidade administrativa e maior transparência operacional.

Na prática, o Gescon possibilitou ao FNS sistematizar informações sobre cadastramento e habilitação de instituições, análise técnica de planos de trabalho e sobre saldos orçamentários e financeiros, com vistas à aprovação de solicitações, liberação de recursos, acompanhamento de desembolsos financeiros e prestação de contas. O Gescon é uma ferramenta interligada ao Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI).

METODOLOGIA

Caminho percorrido no desenvolvimento da vivência

Até 1998 os pleitos e processos ingressavam em vários órgãos do Ministério da Saúde, ocasionando às equipes do FNS dificuldades em termos de: Gerenciamento das informações relativas aos convênios e contratos celebrados; Controle das contas bancárias, Trâmite e movimentação dos documentos.

Depois de inúmeras propostas elaboradas, a instituição implementou em 1999 uma solução inovadora que, com o passar do tempo, viria a se tornar exemplo de eficácia, eficiência, efetividade e competência no gerenciamento de convênios: o Sistema de Gestão Financeira e de Convênios – GESCON.

PRODUTOS

O que foi realizado e resultados alcançados

Com o início das operações do Gescon, as atividades passaram a ser inteiramente efetuada de forma eletrônica. Isso proporcionou ao FNS maior agilidade e maior capacidade de resposta às demandas. Em termos de prestação de contas, por exemplo, hoje a situação é considerada de normalidade, pois todos os convênios vigentes estão devidamente analisados.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Facilidades e dificuldades

A quebra de resistências em relação à nova ferramenta tecnológica se constituía no principal obstáculo a ser superado. Por isso, realizaram-se oficinas de trabalho e reuniões em inúmeras oportunidades, na sede e nas unidades descentralizadas.

Outro obstáculo a ser superado eram as dificuldades operacionais nessas unidades, tanto por parte dos recursos humanos quanto por parte da infra-estrutura disponível naquele momento. Isso exigiu a realização de palestras e cursos e também a adequação dos equipamentos à nova ferramenta tecnológica.Com o lançamento do sistema, os resultados começaram a serem medidos de acordo com as normas e com o previsto nos planos de trabalho e propostas de financiamento. Assim, o FNS incorporou a cultura interna de análise contínua de dados e informações captadas no Gescon, da qual tem se valido para emissão de relatórios de acompanhamento de convênios e de laudos de verificação documental.

Os profissionais das áreas de habilitação e cadastro, de processamento e controle e de acompanhamento e prestação de contas foram especialmente incentivados a participar de treinamentos. Precisava ser criado o capital intelectual do Gescon e, para isso, recorreu-se à capacitação da força de trabalho como recurso mais importante para a formação do acervo de conhecimentos do sistema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Gescon representa uma experiência inovadora para a eficaz e eficiente gestão financeira e de convênios do Fundo Nacional de Saúde. É uma ferramenta que oferece precisão e agilidade, proporcionando maior transparência dos atos e fatos praticados pela administração perante os seus clientes e a própria sociedade.

É uma experiência que pode, inclusive, ser incorporada com sucesso por outras instituições da Administração Pública Federal, dada a ampla variedade de soluções que oferece, como, por exemplo, a armazenagem de informações sobre entidades beneficiárias, dirigentes, projetos, convênios, contratos, aditivos, empenhos, ordens bancárias, relatórios de acompanhamento (verificação "in loco"), análises e emissão de pareceres em prestação de contas, interagindo com os sistemas corporativos do Governo Federal.

Reunindo em um único banco de dados todas as informações sobre os projetos financiados pelo Ministério da Saúde, o Gescon permite a realização da gestão com base em processos e informações, contribuindo para a melhor administração dos recursos direcionados para as ações de saúde no Brasil.

CADASTRAMENTO DE PRÉ-PROJETOS PELA INTERNET

Autor principal: Hernandes Pires dos Reis
Outros autores: Luiz Felippe Nobrega de Miranda Lopes; João Paulo Paranhos Del Fiaco
Instituição: Fundo Nacional de Saúde - FNS/MS
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA, INDICANDO A SUA IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO LOCAL

O Cadastramento de Pré-Projetos pela Internet agiliza e simplifica a apresentação de propostas de projetos com vistas à realização de convênios e de outros instrumentos similares com o Ministério da Saúde. As propostas são cadastradas na página do Fundo Nacional de Saúde (FNS), no endereço www.fns.saude.gov.br, facilitando as análises e rotinas pertinentes.

Esse processo caracteriza a busca contínua de melhorias na qualidade dos serviços prestados pelo FNS, resultando em comprometimento do usuário na consecução do projeto.

OBJETIVOS, PROPÓSITOS

O cadastramento eletrônico foi implementado pelo FNS com o objetivo de agilizar e simplificar o processo de apresentação de propostas de projetos ao Ministério da Saúde.

O Cadastramento de Pré-Projetos pela Internet é resultado do aprimoramento contínuo que tem caracterizado a gestão financeira e de convênios do Fundo Nacional de Saúde (FNS), nos últimos anos. Além de se mostrar como uma opção onerosa para as entidades proponentes, visto que era necessária a elaboração completa do projeto, essa sistemática ocasionava para o FNS dificuldades na análise das propostas em razão dos seguintes fatores:

- elevado número de pleitos incompatíveis com as diretrizes e prioridades do SUS e com a disponibilidade orçamentária do FNS;
- excesso de documentos preenchidos inadequadamente e em desacordo com as normas do Fundo;
- morosidade no trânsito do alto volume de documentos nas dependências do Fundo Nacional de Saúde.

METODOLOGIA: CAMINHO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA.

A sistemática adotada até então obrigava a instituição candidata a apresentar um projeto completo para pleitear a assinatura de convênio, sem que fossem levadas em conta questões como diretrizes e prioridades da Pasta e orçamento do FNS. Havia ainda dificuldade de gerenciamento por parte do FNS, em conseqüência, por exemplo, de problemas relativos ao preenchimento de propostas e ao próprio trâmite dos processos.

A introdução do Cadastramento de Pré-Projetos pela Internet teve como escopo alcançar os seguintes resultados:

- gerar maior transparência e controle social;
- aprimorar a metodologia de apresentação de propostas;
- reduzir gastos na produção de projetos;
- facilitar as análises e rotinas pertinentes.

Dentre os principais benefícios obtidos, destacam-se a redução de custos na elaboração de projetos para propostas eventualmente não aprovadas e o amplo acesso às instituições, de todo o Brasil, candidatas a financiamentos junto ao Ministério da Saúde.

PRODUTOS, O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS.

O desenvolvimento do Cadastramento de Pré-Projetos pela Internet tem início no processo de melhoria contínua introduzida a partir de 2001 no Sistema de Gestão Financeira e de Convênios (Gescon) do Fundo Nacional de Saúde.

Considerado ferramenta modelar no âmbito da Administração Pública Federal, o Gescon vem passando nos últimos anos por uma série de aprimoramentos, dentre os quais destaca-se o Cadastramento de Pré-Projetos pela Internet.

Integrada ao Gescon, a solução oferece duas vantagens inovadoras, por serem inteiramente configuradas para o ambiente de Internet:

1. a apresentação eletrônica de propostas, para que sejam submetidas às áreas técnicas do Ministério da Saúde.

2. a indicação, por parte de parlamentares do Congresso Nacional, das entidades a serem beneficiárias de convênios firmados com o Ministério da Saúde, utilizando recursos financeiros provenientes de emendas à lei de orçamento da União.

O desenvolvimento da solução foi realizado internamente e envolveu as áreas técnicas, de planejamento, de sistemas e tecnologia da informação e de gestão de convênios.

Depois de construída a solução, iniciou-se amplo trabalho de divulgação junto aos diferentes públicos-alvo: parlamentares, governos estaduais, municipais, do Distrito Federal e entidades.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES.

O cadastramento eletrônico de projetos representa a simplificação de procedimentos e a economia de tempo e dinheiro. Proporciona benefícios tanto ao Fundo Nacional de Saúde quanto às instituições interessadas na formalização de convênios e outros instrumentos similares com o Ministério da Saúde.

Qualitativamente, esse processo gerou economia de recursos, uma vez que o pré-projeto é inscrito gratuitamente. Somente após a aprovação da proposta pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde, a instituição é convidada a apresentar o projeto e a documentação adicional, como plantas e estudos de engenharia.

Além de reduzir custos e universalizar o acesso para a apresentação de propostas, a implantação do cadastramento eletrônico também eliminou o problema de erros no preenchimento de documentos. Esse tipo de problema deixou de existir porque o pré-projeto só é considerado finalizado, na página do FNS, depois que todas as etapas são corretamente cumpridas pela instituição candidata.

LIÇÕES APRENDIDAS

A implantação do cadastramento eletrônico de pré-projetos é decorrência do processo de contínuo aprimoramento do Gescon. Representa o resultado das melhorias introduzidas no sistema nos últimos anos, caracterizando-se como um significativo avanço em relação aos mecanismos tradicionalmente adotados para o cadastramento de propostas de convênios.

O FNS preparou ainda um amplo plano de comunicação para divulgar o produto a todos os públicos de interesse. As ações envolveram a produção de *folders*, *press releases* e a organização de entrevistas para a imprensa com o Secretário Executivo do Ministério da Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Cadastramento de Pré-Projetos pela Internet é uma solução que evita desperdícios e agiliza o processo de cadastramento de propostas de projetos destinadas à formalização de convênios. É uma experiência que contribui para melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo FNS e para gerar maior transparência e controle social.

Ao se valer das facilidades da Internet para permitir às instituições interessadas o amplo acesso à apresentação de propostas, a solução contribui ainda para democratizar, no País, o cadastramento de pleitos junto às instituições públicas.

PROGRAMA DE COMBATE À RAIVA NA FRONTEIRA BRASIL-BOLÍVIA

Autor principal: Hugo Costa Filho
Outros autores: Viviane Campos Ametlla; Lielza V. Carrapateira Molina; Annie Muzzi Borges
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá-MS
Município: Corumbá
Estado: Mato Grosso do Sul

Este Programa é o resultado de uma parceria entre a Prefeitura Municipal de Corumbá-Brasil, através de sua Secretaria Municipal de Saúde e o órgão de Saúde Pública da Província de German Bush-Bolívia, à luz do Projeto Nacional SIS-Fronteiras. Corumbá está localizado na região centro-oeste do país no estado de Mato Grosso do Sul. Com pouco mais de cem mil habitantes é o segundo maior município brasileiro em extensão territorial e grande parte de sua área constitui o pantanal sul-matogrossense. A Província de German Bush localiza-se na região oeste da Bolívia com aproximadamente 32.000 habitantes. A fronteira seca entre esses países, bem como sua proximidade, facilita o fluxo diário de centenas de pessoas e animais. Considerando que a Bolívia é um país endêmico da raiva existe um perigo eminente na fronteira. A doença infecciosa é aguda e fatal, causada por um vírus que se alastra pelo sistema nervoso central e se multiplica nas glândulas da saliva, dali sendo eliminado. O contágio se dá pela saliva do animal que está infectado, principalmente pela mordida, mas pode ocorrer por arranhadura ou lambedura. Os animais que podem transmitir a raiva são o cachorro, gato, morcego, raposa, coiote, gato-do-mato, jaritacaca, guaxinim e macaco. O tempo médio de incubação é de cerca de 45 dias no homem e de até dois meses nos animais. Os primeiros sintomas no animal contaminado surge com um quadro de febre, dor de cabeça, mal-estar, dor de garganta, falta de apetite, enjôos, irritação, ansiedade, mudanças de comportamento. Com a progressão da doença, surgem quadros de ansiedade, febre alta, delírios, contrações musculares e podem surgir convulsões. Ocorre um espasmo dos músculos da garganta, fazendo com que o paciente fique salivando muito e não consiga engolir nem água. A consciência do paciente se mantém até a instalação do quadro de coma e morte. O período de evolução do quadro varia de cinco a sete dias. A mortalidade da doença é de 100%. É uma doença que se encontra em todos os países sendo que, em alguns locais, não existe contaminação no ciclo urbano mas, sim, em animais silvestres. A prevenção mais importante é feita através da vacinação dos animais. Quando os indivíduos são expostos ao vírus, a prevenção se faz por vacinação e aplicação de soro anti-rábico após avaliação de equipe médica. O último caso de raiva humana registrado no Mato Grosso do Sul foi em 1994, e de raiva canina ocorreu em julho de 2001 no município de Ponta Porã, onde o mesmo se tratava de um animal vadio oriundo do Paraguai. Em 2003, foram diagnosticados laboratorialmente em MS, 53 casos de raiva bovina, 02 casos de raiva eqüina, e um quiróptero não hematófago positivo em Campo Grande e outro em Corumbá, demonstrando haver elevada atividade viral no Estado. No início de 2006 foi diagnosticado laboratorialmente o vírus da raiva em um cão vadio no município de Corumbá sendo que, após investigação, foi identificada a origem do animal como sendo da Província de German Bush a dois quilômetros da fronteira Boliviana. Região esta que não dispõe de dados

fidedignos acerca desse agravo, conforme relato do Gerente da Rede de Saúde Dr. Florêncio Hoyos Rosas. Entretanto, segundo dados gerais do país boliviano, no ano de 2005 foram registrados 279 casos de raiva em caninos e 03 casos em felinos. Somente a realização de ações urgentes e conjuntas entre os dois países é que garantirá o controle da circulação do vírus da raiva nessa região fronteiriça. A vacinação é a medida que mais contribui para que a raiva seja controlada em cães e gatos, tendo como conseqüência direta o decréscimo de casos em seres humanos. As metas pactuadas entre os partícipes do Programa de Combate à Raiva na Fronteira Brasil Bolívia integram o rol das atividades de rotina já exitosamente implantadas no território nacional. São elas: massificação da captura de animais vadios, vacinação em 80% da população canina e felina estimada para a região fronteiriça totalizando 17.995 animais, realização de exames laboratoriais para identificação do vírus da raiva em 100% dos animais com sintomas clínicos e da observação de 80% dos animais agressores. A metodologia utilizada foi a realização de oficinas entre os profissionais da Vigilância em Saúde de Corumbá e da Província de German Bush para a construção do plano operacional das ações a serem desenvolvidas e posteriormente a sua avaliação. Para viabilizar o compartilhamento de conhecimento entre os profissionais as ações serão desenvolvidas, sempre que possível, com a participação de representantes do país vizinho respectivamente. No primeiro trimestre de execução do Programa os resultados alcançados foram: 132 animais vadios capturados (todos em Corumbá), 6.481 animais vacinados (36% da população alvo), observação de 91 dos 157 animais agressores (58%) e a realização de 17 exames laboratoriais realizado no laboratório de referência estadual – IAGRO, todos com laudo negativo. Por ser um experiência inovadora para ambas as partes existe uma expectativa positiva em melhorar a vigilância em saúde na região. Durante as ações executadas notou-se uma boa receptividade da população boliviana às ações desencadeadas em conjunto. Contudo, cabe ressaltar que ainda será necessário intensificar o diálogo com as autoridades bolivianas a fim de otimizar os recursos e facilitar a execução das ações futuras viabilizando a captura de animais vadios do lado boliviano onde a predominância dessa situação decorre da necessidade de autorização do Poder Executivo.

Palavras – Chave: Raiva, fronteira, saúde pública, vigilância em saúde.

DOENÇA DE GAUCHER NO SUS: DELINEANDO ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE IMIGLUCERASE

Autor principal: Ida Vanessa Doederlein Schwartz
Outros autores: Paulo D. Picon; João Gabbardo dos Reis; Roberto Giugliani; Bárbara Correa Krug; Norberto L. C. Martins; Eliane Aragão Lavor; José Miguel do Nascimento Júnior; Eduardo Filizola; Dirceu B. A. Barbano
Instituição: Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul
Município: Porto Alegre
Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O Programa de Medicamentos de Caráter Excepcional do Ministério da Saúde (MS) é co-financiado pelos governos federal e estaduais. Quatorze medicamentos do Programa são responsáveis por mais de 60% de seu custo, sendo a imiglucerase, utilizada para o tratamento da Doença de Gaucher (DG), um dos medicamentos mais caros. Em 2005, 458 pacientes com DG foram tratados no Brasil, sendo necessária a compra de aproximadamente 90.000 frascos de 200 UI de imiglucerase (1 frasco= U$650.00). Uma análise preliminar mostrou que existem, em nosso país, diferenças regionais em relação ao número de pacientes com DG e à prescrição deste medicamento. A identificação das razões de tais variações é de suma importância, uma vez que permitirá o delineamento de estratégias para a promoção do uso racional de imiglucerase no Brasil.

OBJETIVO GERAL

Identificação das características epidemiológicas, da sistemática e dos critérios utilizados para tratamento e monitorização do tratamento da DG no Brasil.

Objetivos Específicos: 1)Desenvolvimento de instrumentos e indicadores de avaliação de processos de organização e gestão da assistência farmacêutica relacionados à DG no Brasil;

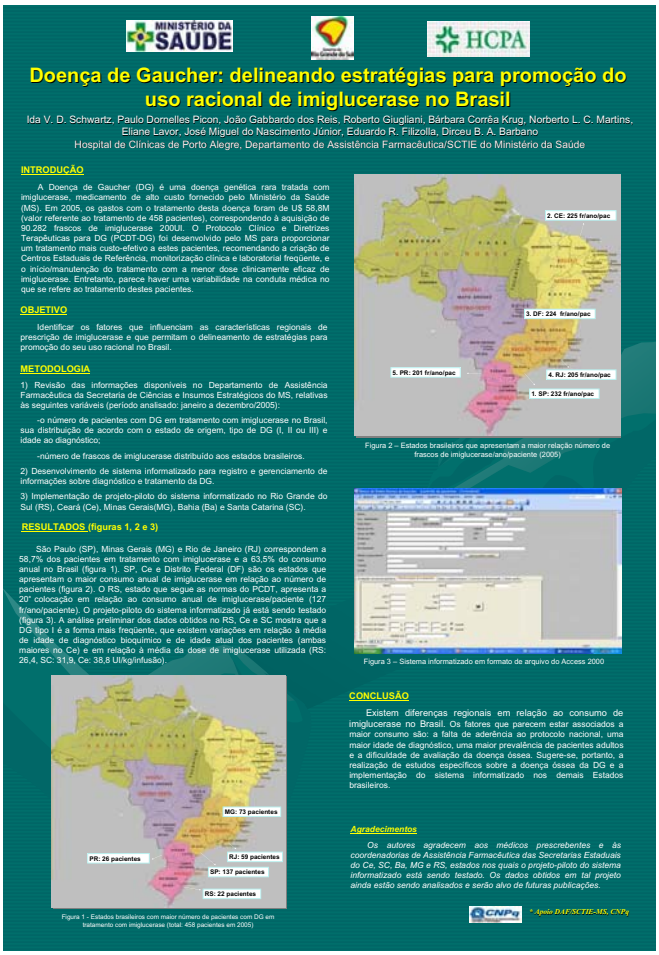
2)Identificação dos fatores que influenciam as características regionais de prescrição de imiglucerase e que permitam o delineamento de estratégias para promoção do seu uso racional no Brasil.

METODOLOGIA

Em uma parceria com o MS, está sendo desenvolvido um sistema nacional de informações para a DG. A versão inicial já foi testada nos estados do RS, Santa Catarina (SC) e Ceará (Ce). Estes estados correspondem a 11,5% da população brasileira com DG (RS: 22; SC: 14; Ce: 17 pacientes) e a 9,5% do consumo anual de imiglucerase (RS: 2.943; SC: 2.020; Ce: 3.586 frascos). O projeto-piloto incluiu o preenchimento de uma planilha Access previamente enviada, a visita de um dos autores do projeto aos estados participantes e uma reunião com os médicos prescribentes.

PRODUTOS/ RESULTADOS

Nos 3 estados incluídos na análise, a DG tipo I foi a mais prevalente. A média de idade ao diagnóstico foi de 20,6 anos (RS: 15,5; SC: 22,5; Ce: 23,8), a média de idade atual é de 26,6 anos (RS: 22,7; SC: 26,9; Ce: 30,2) e a média da dose atual é de 32,3U/kg/infusão (RS: 26,4; SC: 31,9; Ce: 38,8). A não aderência ao protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para DG do MS (PCDT-DG), uma maior idade ao diagnóstico, a maior prevalência de pacientes adultos e o entendimento por alguns prescribentes de que doença óssea requer maiores doses foram os fatores que se associaram à prescrição de doses mais elevadas de imiglucerase. O RS foi o estado que mostrou seguir mais rigorosamente as preconizações do PCDT-DG, bem como o que apresentou uma menor relação de número de frascos/ano/paciente. Estes achados são atribuídos ao fato da Secretaria Estadual de Saúde do RS (SES-RS), desde 2003, adotar como estratégia de organização da sua assistência farmacêutica a criação de Centros Especializados de Atenção e Gestão de Medicamentos de Alto Custo (CEAGs) para medicamentos de alto custo, incluindo o CEAG-DG. Esta experiência inovadora de assistência farmacêutica também gerou dados epidemiológicos para a SES-RS e para o MS, fundamentais para o planejamento da assistência farmacêutica regional destes pacientes. A melhoria do atendimento dos usuários pôde ser evidenciada pela grande satisfação dos usuários do serviço em pesquisa realizada ao final do primeiro e do segundo anos de funcionamento do Centro. O consumo bimestral de imiglucerase caiu no RS de 400 para 250 frascos a partir da adoção destas



medidas, sendo a otimização da dose prescrita de imiglucerase o fator que mais colaborou para tanto. A redução do consumo de imiglucerase não mostrou associação com piora do quadro clínico dos pacientes. Esta experiência já foi relatada em vários congressos nacionais e internacionais (PICON PD, AMARAL KM, SANDER GB, GABBARDO DOS REIS J. Implementation of Brazilian guidelines for treatment of hepatitis C: a cost-saving intervention in the South of Brazil. Italian Journal of Public Health 2005a; 2 (2): 259; PICON PD, SCHWARTZ IV, CORREA KRUG B, GIUGLIANI R, BUENO DE LIMA LC, GABBARDO DOS REIS J. Maintaining clinical efficacy with cost-reduction in the treatment of Gaucher disease: an example of successful experience in the south of Brazil. Italian Journal of Public Health 2005b; 2 (2):259), sendo inclusive citada por autores internacionais (BEUTLER E. Lysosomal storage diseases: Natural history and ethical and economic aspects. Mol Genet Metab 2006).

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

A criação de CEAGs-DG, semelhantes ao do RS, parece ser uma estratégia custo-efetiva benéfica para os pacientes, e que deveria ser adotada por todos os estados brasileiros. Os demais estados visitados referem dificuldades na estruturação de modelo semelhante, tal como a impossibilidade, por falta de recursos técnicos e de pessoal, das infusões serem realizadas no mesmo dia. Ressaltamos que parecem não existir, na maioria das SES, especialistas na área e que poderiam servir como elo de ligação entre os prescribentes e os gestores. Em virtude disto, a iniciativa do MS de centralizar a compra de imiglucerase e de apoiar o desenvolvimento do sistema informatizado foi bastante elogiada pelos prescribentes. Nestes estados, assim como no RS, foi referida a necessidade de realização de um estudo nacional sobre a doença óssea da DG, o qual já está sendo planejado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema informatizado para DG será testado em breve nos estados da Bahia e Minas Gerais, antes da elaboração da sua versão final para todo o Brasil. Teremos um sistema nacional acessível pela internet em plataforma ".NET". É fundamental o apoio dos Secretários Estaduais de Saúde e dos Coordenadores Estaduais da Assistência Farmacêutica para a consolidação deste projeto. Os autores deste trabalho declaram ausência de conflito de interesses.

SELO DE QUALIDADE DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO PARA FOMENTO DA MELHORIA DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO

Autor principal: Ilara Hammerli S. de Moraes
Outros autores: Angela Cascão; José Muniz Vargens; Ingrid Jann
Instituição: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
Município: Rio de Janeiro
Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

A busca pela qualidade da informação em saúde é um dos desafios constantes do SUS e pressupõe, entre outras dimensões, a produção e disseminação de informações com qualidade que contribuam para a tomada de decisão e para o exercício do controle social no momento oportuno, a partir de informações consistentes/ fidedignas.

No estado do Rio de Janeiro a Política Estadual de Informação e Informática em Saúde implementada pela Secretaria de Estado de Saúde (SES/RJ), através do Centro de Informações em Saúde (CISA/SES), objetiva contribuir para a superação das desigualdades entre as diversas regiões do Estado, colocando a informação e informática em saúde a serviço da gestão e da saúde.

O Selo de Qualidade da Informação em Saúde surgiu da importância de valorizar e incentivar as instituições em saúde, em especial as Secretarias Municipais (SMS), que se destaquem por seu esforço em prol da promoção da qualidade das informações. Assim, em novembro/2005 durante a realização do "Seminário de Pacto pela Qualidade da Informação no estado do Rio de Janeiro" foi apresentada esta proposta de premiação, posteriormente publicada na Resolução SES/RJ nº 2876 de 29/ 11/2005.

OBJETIVO

O Selo tem por objetivo fomentar a busca da qualidade da informação e do uso de suas tecnologias como estratégia para ampliar a capacidade de governança do SUS/ RJ, através da promoção e implementação do uso intensivo da informação com qualidade e no tempo eficaz. Não possuindo qualquer caráter punitivo, de fiscalização ou de auditoria dos municípios e adota a qualificação positiva para diferenciar e estimular os que se destaquem.

SELO DE QUALIDADE DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE: uma estratégia da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro para fomento da melhoria da qualidade da informação.

METODOLOGIA

Este Selo será conferido anualmente as SMS e/ou instituições em saúde a partir da avaliação de qualidade das informações contidas nos sistemas de informações e/ou registros administrativos sob sua responsabilidade e gestão, definidos anualmente, bem como estudos, pesquisas e iniciativas que contribuam para a promoção da qualidade da informação em saúde e do uso de suas tecnologias. Para tal foi criado um

"Comitê Misto de Avaliação da Qualidade da Informação em Saúde" (CMQIS), presidido pelo Secretário de Estado de Saúde e constituído por representantes de diversas áreas da SES, COSEMS, Conselho Estadual, da ENSP/FIOCRUZ e FAPERJ, com atribuição de definir os sistemas de informações em saúde e/ou registros administrativos que estarão sob avaliação em todos os municípios do Estado, além dos critérios e indicadores a serem utilizados nesse processo.

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) definidos pelo CMQIS para avaliação no ano de 2006 foram: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); Sistema de Informações Hospitalares (SIH); Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA); Sistema de Informação de Agravos sob Notificação (SINAN).

Para construção dos indicadores a serem utilizados como parâmetro de avaliação foi firmado que estes devem abranger: Indicadores do processo de produção da informação (gestão e funcionamento dos SIS); Indicadores da estrutura dos SIS (infra-estrutura tecnológica, profissionais envolvidos e estrutura organizacional das SMS); Indicadores de resultado alcançado pelo uso dos SIS expresso na situação de saúde da população (indicadores relacionados à saúde).

CONCLUSÃO

A melhoria da qualidade da informação é de relevância estratégica para avanço do SUS/RJ, base para todo e qualquer planejamento, monitoramento, regulação, gestão e avaliação da atenção à saúde e da situação existente no estado.

Ao construir este projeto o Centro de Informações em Saúde vem evidenciar a importância de um trabalho solidário e do empenho de todos, cada um em seu espaço de atuação, para avanço na qualificação da informação. A aderência das SMS, declarada na aprovação do projeto por todos os municípios representados no Seminário de Qualidade da Informação em Saúde (novembro/2005) e reafirmada nas oficinas de construção do Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro onde a temática emerge e é priorizada em todas as discussões, demonstra a importância de um trabalho mais intensivo nesta área.

Premiar aqueles que investem na melhoria da informação produzida em seus territórios de ação, estimular outros municípios a serem mais ativos neste processo, desenvolver um Sistema de Avaliação de SIS, trazer transparência às dificuldades e principalmente apresentar soluções eficientes, estas são algumas das metas do Selo de Qualidade da Informação.

O DESAFIO DOS CONTRATOS PACTUADOS DE GESTÃO (RESPONSABILIZAÇÃO DESDE O NÍVEL LOCAL)

Autor principal: Inês Kultchek Marty
Outros autores: Maria Alice Correia Pedotti
Instituição: Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba
Município: Curitiba
Estado: Paraná

INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Curitiba, durante o ano de 2002 e como parte de um grande e participativo movimento de repensar-se, instituiu o contrato interno como auxiliar a gestão da rede própria de serviços, que compreende hoje 100 Unidades Básicas de Saúde (incluídas as 45 PSF), em 09 Distritos Sanitários. Implantou-se uma nova ferramenta de gestão o "Termo de Compromisso – TERCOM", que não representa relação jurídico-legal, mas relação de compromisso moral, baseada em princípios como – respeito à vida, à cidadania, ao bem público e aos preceitos do SUS; busca de excelência para todas as ações e de aprimoramento constante do corpo funcional.

Baseando-se em processos locais de gestão/ acompanhamento existentes ou em construção compôs-se o Termo, que enumera os compromissos das partes envolvidas, e o Plano Operativo Anual (Planilha de Programação de Indicadores e de Pactuação das Metas). O TERCOM e o POA resultam de um processo de negociação entre um Distrito Sanitário e uma Unidade de Saúde ou entre a Secretaria e um Distrito Sanitário. Toma por base o Plano Municipal de Saúde, a Agenda Anual da SMS, os Planos Operativos, e devem considerar no momento da pactuação variáveis locais como características do território, recursos disponíveis e a composição das equipes.

O DESAFIO DOS CONTRATOS PACTUADOS DE GESTÃO
Responsabilização desde o Nível Local

Introdução
Em 2002 a SMS de Curitiba, em amplo movimento de repensar-se, instituiu os Contratos de Gestão entre os níveis Central, Distrital e Local, auxiliares na gestão da rede própria de serviços (100 das 110 U.S.). Denominados Termos de Compromisso - TERCOM, fundamentados em princípios, compromissos morais e processos locais. Monitorado através de uma planilha de indicadores chamada de Plano Operativo Anual - POA.

Objetivo
Visa a parceria, a negociação, a transparência, a participação e a responsabilização mútua entre gestores e equipes; o estabelecimento de indicadores/metas; o aprimoramento do planejamento e avaliação das ações, objetivando uma população mais saudável.

Metodologia
1. Oficinas com o corpo gerencial para a construção de indicadores/metas
2. Replicação nas Unidades de Saúde e Distritos Sanitários
3. Definição de fontes informatizadas - Cartão Saúde/Plano Municipal/Agenda Anual/Protocolos Clínicos/SIAB/SISPACTO/PPI/PROESF/etc
4. Assinatura do TERCOM - Participação de Conselheiros de Saúde
5. Monitoramento trimestral com renegociação de metas mediante justificativas
6. Retroalimentação às equipes para o acompanhamento e correção de rumos, e comemoração de avanços
7. O Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade - IDQ, Avaliação trimestral realizada por 4 instrumentos: Auto-Avaliação, Avaliação da Chefia, Avaliação dos usuários e Avaliação da Unidade. Esta última está composta por indicadores priorizados do POA, o incentivo monetário é pago mensalmente.
8. Avaliações internas/trimestrais e externas (Banco Mundial - considerada experiência exitosa)

Resultados
1. Envolvimento das equipes das U.S. - Planejamento/responsabilização/monitoramento compartilhado.
2. Mudanças nos processos de trabalho e condutas gerenciais.
3. Socialização das informações.
4. Melhoria da gestão dos serviços municipais - por resultados.
5. Aprendizagem das equipes quanto: manejo clínico, estratificação de riscos, seguimentos de protocolos, conhecimento do perfis epidemiológicos locais.
6. Pesquisa do Banco Mundial - TERCOM é útil para organizar processo de trabalho, identificar e resolver problemas, esclarecer objetivos e estabelecer prioridades bem como estimular relações com outros setores da PMC.

Conclusão
O sistema de contratos de gestão, implantado há 3 anos, vem sendo avaliado como avanço gerencial importante para a SMS. Os profissionais mudam posturas, voltando-se a uma cultura orientada para resultados. Melhorou o desempenho dos serviços e os indicadores locais de saúde. Busca a excelência e o impacto das ações. Reforça compromissos mútuos e o sentido de pertencimento. Há pontos a serem aperfeiçoados, como a inclusão das UB Especializadas e as UB 24 Horas, a transparência junto ao controle social e o cuidado para não limitar a criatividade das equipes.

CURITIBA CURITIBA

OBJETIVO

O TERCOM visa a parceria, a negociação, a transparência, a participação e a responsabilização mútua, bem como o aprimoramento do planejamento/avaliação melhorando a viabilidade técnica, política e financeira das ações prestadas pela SMS à população de Curitiba.

METODOLOGIA

1. Realização de oficinas para construção dos indicadores/metas com o corpo gerencial: Autoridades Sanitárias Locais, Supervisores dos Distritos Sanitários, Diretores, Superintendente e Secretário da Saúde. 2. Replicação nas Unidades de Saúde e nos Distritos Sanitários. 3. Definição das fontes: Cartão Saúde, Plano Municipal de Saúde, Agenda Anual, Protocolos Clínicos, SIAB, SISPACTO, PPI, PROESF, dentre outros, evitando-se fontes não informatizadas. 4. Assinatura dos termos de compromisso, com a participação dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde. 5. Monitoramento trimestral. 6. Renegociação de indicadores e metas mediante justificativas, em casos de mudanças das condições objetivas em que eles foram acordados. 7. Retroalimentação às equipes; tanto para acompanhamento e correção de rumos no planejamento local,

como para comemorações pelos avanços. 8. Instituído o Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade (IDQ), pago mensalmente às equipes que atingiram suas metas, após avaliação de alguns indicadores pinçados do POA. 9. Realizadas avaliações sobre a utilização dos contratos endógenos implantados na SMS de Curitiba - a) interna – realizada sistematicamente a cada trimestre; b) externa – em parceria com o Banco Mundial – com os itens – TERCOM/POA, IDQ e motivação das equipes.

RESULTADOS

Envolvendo as equipes das Unidades e dos Distritos Sanitários este movimento provocou mudanças nos processos de trabalho e nas condutas gerenciais, mobilizou o interesse dos servidores pelo planejamento e acompanhamento dos indicadores locais, socializou informações e contribuiu para a melhoria da gestão dos serviços municipais. Houve aprendizagem das equipes quanto ao manejo clínico, estratificação quanto ao risco, seguimento dos protocolos estabelecidos pela SMS, conhecimento do perfil epidemiológico da população cadastrada nas Unidades de Saúde, gestão por resultados. Por outro lado, observou-se melhoria nos indicadores medidos nas unidades locais e nos distritos sanitários, com destaque para acompanhamento dos programas e estratificação do risco.

Quanto à pesquisa do Banco Mundial, constatou-se que o Termo de Compromisso é útil para organizar o processo interno de trabalho nas US, para identificar problemas e prioridades, para estimular relações com outros setores da prefeitura e entidades religiosas e comunitárias. Apontou ainda questões gerenciais como: a necessidade de trocar informações entre as US possibilitando comparação entre desempenhos; e que ainda existe o pouco envolvimento dos Conselhos Locais de Saúde. Constatou, em relação ao IDQ, que teve efeito positivo sobre o comportamento dos profissionais, melhorando o trabalho em equipe e a produtividade; ampliando o diálogo entre profissionais e chefias, identificando necessidades de capacitação e propiciando solução de conflitos internos. Pesquisando a "motivação" encontrou como fontes de motivação: a estabilidade, o trabalho em equipe, a flexibilização de horário, o perfil do trabalho, as oportunidades de capacitação e de aprendizado, a possibilidade de remanejamento para mais perto da residência do profissional.

COMENTÁRIOS FINAIS

O TERCOM é um instrumento de gestão, implantado há apenas três anos, e que tem avaliação positiva da SMS e de seus profissionais. Vem melhorando o desempenho dos serviços e a satisfação com que se trabalha neles, reforçando o compromisso das equipes com os resultados apresentados. Há maior clareza nas atribuições de responsabilidades e tarefas, melhorou a convivência, o reforço a atitudes positivas e o gerenciamento, houve reconhecimento de objetivos comuns, e incremento de trabalho multiprofissional.

Muito ainda há para se aperfeiçoar esse modo de gerir serviços municipais. Pode-se apontar novas áreas de trabalho além da Atenção Básica, como US 24 horas, Saúde Ambiental e Vigilância Sanitária, ou ações coletivas e de educação em saúde. Há que se cuidar também para que os contratos não limitem a criatividade das equipes locais, que devem adaptar-se às peculiaridades e características dos moradores de suas áreas de atuação.

A (RE)ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: A BUSCA POR NOVAS PRÁTICAS NA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE CENTRAIS DE REGULAÇÃO

Autor principal: Ingrid Jann
Outros autores: Ilara Hammerli S. de Moraes; Cintia Chaves Curioni
Instituição: Secretaria de Estado do Rio de Janeiro
Município: Rio de Janeiro
Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

A discussão conceitual e prática da ação regulatória da rede SUS no Brasil vem se intensificando nos últimos anos, assumindo cada vez maior espaço junto aos gestores que vêem nesta estratégia uma nova proposta para (re)organizar as práticas e rotinas nas instituições de saúde. Essa temática recebe um impulso maior quando no Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS (Portaria GM/MS nº 399 de 22/02/2006), a "Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial" recebe destaque como uma das diretrizes proposta dentro do componente do Pacto de Gestão. Neste a regulação é conceituada como *"... o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes"*.

A (RE)ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: A BUSCA POR NOVAS PRÁTICAS NA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE CENTRAIS DE REGULAÇÃO

OBJETIVO

No estado do Rio de Janeiro a proposta de (re)organização dos serviços de saúde utilizando como estratégia a implantação de centrais regionais de regulação que utilizassem a informação como instrumento estratégico, tem início em 1999 na constituição da Rede de Centrais de Regulação do estado do Rio de Janeiro (RCR-RJ), esta rede funciona com a missão de "...agilizar e qualificar o fluxo de acesso do cidadão aos serviços de saúde de alta e média complexidade em saúde, de forma organizada, colocando-se a serviço da defesa do direito à saúde" (Resolução SES/RJ nº 2102 de 14/07/2003).

Nestes anos de atuação da RCR-RJ alguns momentos e estratégias de trabalho destacam-se:

1º Concepção do projeto e Implantação da RCR-RJ - A Rede de Centrais de Regulação do Estado do Rio de Janeiro foi concebida enquanto uma Rede de Informação/Regulação que localiza o melhor recurso do SUS/RJ disponível no momento para atendimento das necessidades imediatas do cidadão, neste projeto é reafirmada a importância estratégica da consolidação da regionalização sendo definidas Centrais enquanto espaços de ação regional, sobre co-gestão do estado e municípios que definem conjuntamente sobre seu funcionamento e espaço de atuação.A proposta da RCR-RJ foi apresentada e aprovada em reunião da Comissão Intergestora Bipartite em 1999 e sua implantação deu-se com a organização da infra-estrutura de equipamentos e recursos humanos, sendo lotados de cerca de 240 servidores da SES-RJ para compor a rede, além da rede de comunicação interligando os 92 municípios e as Centrais de Regulação. Neste período (1999–2002) foram inauguradas 08 Centrais de Regulação Regionais, 01 Central Municipal

(capital) e 01 pólo estadual de UTI Neonatal/Gestação de Alto Risco.

2º Regionalização das Centrais de Regulação e consolidação do arcabouço Jurídico-Institucional - Como proposta de avanço da regulação para além das fronteiras dos municípios-pólo onde estão sediadas as Centrais, utilizou-se como estratégia a construção e a pactuação regional entre os gestores municipais de Protocolos de Regulação, nestes documentos são estabelecidos os fluxos dos pacientes intra e inter-municipal, a rotina para funcionamento da Central, o fluxo de informação das Unidades de Saúde, o fluxo de encaminhamento de pacientes para outras Centrais, entre outros. Ainda neste momento, foram definidos conceitos e normas gerais de trabalho para toda a rede publicadas em Resoluções pela SES-RJ contendo a missão, as funções e as diretrizes básicas para o funcionamento da Rede legitimando o trabalho das centrais.

3º Consolidação do processo regulatório na Rede SUS-RJ – Considerando que o processo de regulação da assistência constitui-se em um continuo processo de pactuação de fluxos e mudanças de rotinas e culturas novas estratégias são implementadas visando alcançar a missão. Assim, após amplo debate junto a profissionais e gestores foi construída e assinada uma Carta Compromisso entre a SES-RJ e o COSEMS-RJ, reforçando a função estratégica da regulação, esta carta prevê entre outras medidas a glosa das AIH's não submetidas à regulação. Outra estratégia definida foi a ampliação escalonada dos leitos atingindo percentuais numa forma "vertical" e a ampliação "horizontal" pela organização de Canais de Atenção como: Atenção à Saúde Mental; Hematologia; Pediatria Clínica; Obstetrícia; entre outros.

RESULTADOS

Considerando que a atuação da regulação tem início junto aos procedimentos hospitalares, principalmente internações, foi construído um instrumento para avaliar este processo, o "Relatório de Coincidências entre Produção e Valores entre o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Produção e Valores do Sistema de Informação e Regulação (SISREG)". Neste são realizados cruzamento das informações dos dois sistemas visando identificar dentro de um elenco de campos ais coincidências, tais como: nome, nome da mãe, data de internação, data de nascimento, entre outros. Com base neste relatório observa-se um aumento no número de internações reguladas e/ou informadas às Centrais, comparando-se períodos equivalentes dos anos de 2004 (13,39%) e 2005 (21,17%). Quando o município do Rio de Janeiro não é considerado, ocorre um aumento maior ainda: 16,59% em 2004 para 31,93% em 2005. Algumas regiões destacam-se pelo maior incremento neste período como: Noroeste com 3,10% de internações reguladas em 2004 e 54,9% em 2005; a região Centro-Sul Fluminense com 5,96% em 2004 e 56,21% em 2005.

CONCLUSÃO

Esta análise traduz, de forma sintética, muito do que já foi feito dentro da ação reguladora no Estado do Rio de Janeiro, mas seus desafios ainda são grandes. A implantação da lógica de regulação envolve um amplo pacto político estabelecido entre gestores de saúde, diretores de hospitais, profissionais de saúde, Conselhos entre outros, implicando mudança estrutural e cultural. Dentro deste quadro, alcançar **31%** do total de internações de todo o Estado do Rio de Janeiro (excetuando o município do Rio do Rio de Janeiro) representa um esforço significativo que fomenta a busca por alternativas que garantam a continuidade de seu processo de aprimoramento e consolidação.

DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Autor principal: Ionara Ferreira da Silva
Outros autores: Joelma F. G. Castro; Cristiany da S. Ávila; Fernando C. Ferreira; Fabíola da C. Nunes; Sheila de Matos Xavier; Gabriela Fonte Pessanha; Mirian M. Cohen; Maria de Lourdes O. Moura.
Instituição: Centro de Vigilância Sanitária - SES-RJ
Município: Rio de Janeiro
Estado: Rio de Janeiro

Dentre os princípios e diretrizes do SUS, estão a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (ênfase na descentralização dos serviços para os municípios) e a integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico.

O cumprimento do preceito constitucional da descentralização das ações, segue com o ritmo próprio dos processos político-administrativos da gestão pública. Uma grande conquista foi a incorporação do tema Vigilância Sanitária nas agendas de negociação e pactuação do SUS no colegiado da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB).

O processo de descentralização das ações de vigilância sanitária foi iniciado no Estado do Rio de Janeiro com a publicação da Resolução SES nº 562 de 26 de março de 1990, pela qual as Secretarias Municipais de Saúde se tornaram responsáveis por promover a inspeção e fiscalização sanitária, exercendo todas as atividades pertinentes, nos estabelecimentos de gêneros alimentícios. Dando continuidade ao processo de descentralização, a Resolução SES nº 1262 de 08 de dezembro de 1998, delegou competência a 25 Secretarias Municipais de Saúde para concessão, revalidação e cassação de licença de funcionamento e fiscalização dos estabelecimentos de saúde e comércio de medicamentos.

O processo de descentralização no Estado do Rio de Janeiro tem sido tema de discussões em Oficinas de Pactuação com os municípios no que se refere às ações básicas e de média complexidade.

Quanto à descentralização das ações de média complexidade, em 2004, 27 municípios foram avaliados e 9 tiveram seu pleito aprovado na CIB. Em 2005, 100% dos órgãos municipais foram supervisionados e 2 municípios foram aprovados nesse processo. Atualmente existem 2 municípios com pleito submetido à análise.

O processo de descentralização foi inicialmente efetivado por estímulo financeiro federal através do Piso Básico de Vigilância Sanitária - PBVS. Em 2005 foi elaborado proposta de Piso Estadual de Vigilância Sanitária - PEVS para incentivo a municípios com população de até 15.000 habitantes, ou seja, o PEVS deverá completar o PBVS dos municípios e todos os Órgãos Municipais de Vigilância Sanitária receberão no mínimo R$ 1700,00 mensais para desenvolvimento de suas ações. O PEVS foi aprovado pela CIB em março de 2006 e está em fase de implantação.

Em março de 2006, foi publicada a Resolução SES nº 2964, que delega competência das ações básicas de Vigilância Sanitária para as Secretarias Municipais de Saúde no âmbito do Estado do Rio de Janeiro. Esta foi objeto de discussão nas oficinas de descentralização realizadas com os 92 Órgãos de Vigilância Sanitária Municipais no ano de 2005. Para desenvolvimento do conjunto de ações descritas na Resolução, foi proposto a criação de Grupos de Trabalho compostos por técnicos das Vigilâncias Sanitárias Estadual e Municipais para capacitação técnica e desenvolvimento de ações conjuntas.

Verifica-se que o processo de descentralização de Vigilância Sanitária tem contribuído para a melhoria do desempenho do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, configurando-se em relevante mecanismo de gestão.

INICIANDO UM PROCESSO DE CO-GESTÃO

Autor principal: Isabel Cristina Aparecida Stefano Pellizzari
Outros autores: Maria Cristina Rolim Baggio; Roselil Regina Freire Marconato
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Gália
Município: Rio de Janeiro
Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

Constituiu-se, no ano de 2003, a Política Nacional de Educação Permanente (EP), enquanto estratégia para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, assim, para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor. Portanto, pretende-se construir processos para alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva e o incremento da participação da sociedade nas decisões políticas do SUS. Pensando na Política de EP e na necessidade de prepararmos as equipes e o próprio gestor municipal para o enfrentamento dos problemas e a oportunidade de refletir criticamente sobre o cotidiano, sobre as práticas assistenciais, gerenciais e de controle social, é que iniciamos o processo de discussão de problemas visando a construção do Plano Municipal de Saúde do município de Gália, buscando um novo modelo de atenção com sentido prático, no esforço de dar respostas às necessidades de saúde da comunidade. Um plano de saúde capaz de auxiliar e nortear o gestor municipal na tomada de decisões e principalmente, tornado legítimo e negociado, através da pactuação de prioridades entre os atores envolvidos, possibilitando a acumulação de forças para sua realização.

O município de Gália, no Centro Oeste do Estado de São Paulo, com uma população de 7.467 habitantes (IBGE – 2005), conta com uma gestão centralizada e recente, devido às mudanças ocorridas por ocasião das eleições municipais. Apesar da cobertura do PSF de 100% da população e da vontade política de mudança de modelo de Atenção Básica, com impacto significativo na qualidade da atenção prestada, apresenta grandes dificuldades por não contar com profissionais formados nesta lógica.

No decorrer das oficinas as equipes sentiram a necessidade de convidar novos atores : Educação (todas as escolas e creche foram envolvidas), Conselho Tutelar, Secretaria de Assistência Social, Fundo Social de Solidariedade, Grupos Religiosos, Promotoria Pública, etc. Percebeu-se que quando vários atores são envolvidos no processo, além da equipe e saúde, os olhares e as concepções são muito diferentes e as discussões sobre os problemas detectados também mudam.

PROPÓSITOS

Capacitação das equipes e da população para a construção coletiva do Plano Municipal de Saúde do município, visando a construção de estratégias conjuntas, o aumento do compromisso e a responsabilização dos diferentes atores participantes do processo, a acumulação de forças para a realização das estratégias propostas e para a transformação das práticas.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi a da EP em Saúde através da problematização, com a criação de um instrumento (roteiro) de assuntos e atividades a serem desenvolvidas, durante as oficinas, considerando que as equipes e todos os atores envolvidos irão formular e discutir as políticas de saúde do município, buscando utilizar o planejamento estratégico situacional, os conhecimentos técnicos específicos para a intervenção nas necessidades e nos problemas de saúde , além do trabalho em equipe.

Esta metodologia pressupõe que a pessoa seja sujeito no seu processo de aprendizagem e que possa refletir sobre a sua prática, em sucessivas aproximações ao objeto abordado, num movimento de ação/reflexão/ação, na busca de uma prática transformadora.

Utilizamos como estratégia oficinas de trabalho para capacitarmos a equipe, bem como outros atores que poderão tornar-se facilitadores do processo de EP, sendo utilizado como ferramenta para a construção das atividades, o material do curso de formação de facilitadores: a Unidade de Aprendizagem "Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde" e o Gerus (Gerenciamento de Unidades de Saúde), conforme as necessidades das equipes .

Foram elaboradas 5 seqüências de atividades , com carga horária de 80 horas, por grupo de trabalho. As oficinas foram realizadas por 5 meses, sendo as equipes divididas em 2 grupos.

PRODUTOS E RESULTADOS

Como produto das oficinas foi elaborado o Plano Municipal de Saúde. A construção coletiva de um Plano Municipal de Saúde, voltado para a intervenção nos problemas e necessidades identificadas durante o processo, de forma descentralizada, ascendente, necessitou de criatividade para o enfrentamento das situações –problema, da organização das equipes de trabalho, da reflexão crítica, ética e humanística e da negociação entre os atores envolvidos no processo. Como produto deste processo, foram apontados 6 problemas prioritários a serem trabalhados : a falta de resolubilidade da USF ; alto coeficiente de mortalidade por doença cerebrovascular; uso abusivo do álcool; alto índice de óbitos precoces em menores de 60 anos por diabetes; alto índice de abortos e partos na adolescência.

As estratégias para o enfrentamento destes problemas estão sendo implementadas, como a melhoria das plantas físicas e a separação de 2 equipes do PSF. A falta de resolubilidade da Unidade de Saúde, onde se apontou como causas do problema a falta de acolhimento, de protocolos para a prescrição de cuidados e de treinamentos específicos, entre outras, gerou uma nova oficina denominada : Organização do Cuidado à partir de Problemas- Uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de Saúde da Família, que teve início em fevereiro de 2006.

FACILIDADES E DIFICULDADES

Como facilidades, contamos com a vontade política do gestor de saúde na mudança de modelo de gestão e a credibilidade da regional de saúde, junto ao prefeito e técnicos do município. Como dificuldades, podemos apontar a resistência à mudança e os confrontos decorrentes deste processo, que após terem sido discutidos e esclarecidos, resultou no fortalecimento dos atores envolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como síntese, pode-se dizer que para promover a articulação educação-trabalho-saúde, devemos provocar situações que levem à explicitação das relações políticas instituídas, que são produtos de práticas e saberes acumulados e delimitados pela dinâmica da realidade social, e que podem ser transformadas por meio da construção de novas práticas advindas do jogo estratégico , da iniciativa, da invenção e da arte.

DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS HOSPITAIS DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. FASE I: DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DE INSTRUMENTO WEB PARA CAPTAÇÃO DE DADOS DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL.

Autor principal: Jair Francisco Pó
Outros autores: João Paulo Campi; Rodrigo Gouveia Ferrão e Eliana de Sousa Ribeiro
Instituição: Secretaria de Estado da Saúde - São Paulo
Município: São Paulo
Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

Segundo Holland a avaliação dos cuidados de saúde é definida como a determinação formal da efetividade, da eficiência e da aceitabilidade de uma intervenção planejada em alcançar objetivos firmados, e que apesar de considerada por muitos como uma atividade puramente de pesquisa, a avaliação deve ser vista como parte integral de uma ação, com papel funcional no mecanismo de retro alimentação, o qual é importante para o planejamento, desenvolvimento e acompanhamento de uma atividade. Visando possibilitar a avaliação e acompanhamento das atividades dos quarenta e um hospitais, da administração direta, vinculados à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), por iniciativa da Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS) desta Secretaria, foi constituído um Núcleo de Informação Hospitalar (NIH).

OBJETIVO

Desenvolvimento e implantação de instrumento em plataforma Web (site) que possibilitasse ao NIH a coleta e avaliação de informações dos quarenta e um hospitais da administração direta da SES-SP.

METODOLOGIA

Visando a minimização de custos, o site foi desenvolvido em linguagem de programação Web e Banco de Dados de uso livre (Php + MySQL) utilizando-se RH próprio.

Para implantação e início das atividades de coleta de informações por meio do site, foi elaborado pela equipe do NIH cronograma de visitas a todos os quarenta e um hospitais, localizados nas diversas regiões do estado de São Paulo, para verificação das condições de área física, instalações, equipamentos e conectividade. Em seguida foi realizado, na capital, treinamento de todas as equipes das unidades hospitalares envolvidas, indicadas pelos respectivos Diretores Técnicos, para apresentação do site e manejo do mesmo. Fixou-se, então, a data de primeiro de novembro de 2005, para efetivo início das atividades de coleta de dados mensais por parte dos hospitais, referentes ao período do mês de outubro, e normatizado o preenchimento do cadastro e relatório mensal, por meio do site, até o dia 15 do mês subseqüente à coleta de dados. Sendo assim, a partir da 00h00 do dia 16, a cada mês, o sistema é impossibilitado de ser acessado para inclusão/alteração de dados pelas unidades, desta forma, conseguindo-se normatizar um cronograma e um fluxo mais eficiente de coleta, tratamento e prestação de informações nas unidades; cronograma que existia anteriormente, com o antigo instrumento de captação, mas que raramente era seguido.

RESULTADOS

Todos os quarenta e um hospitais da administração direta da SES-SP procederam ao preenchimento por meio eletrônico do cadastro e relatório mensal de atividades, a partir de dezembro de 2005, disponibilizado através da ferramenta desenvolvida.

CONCLUSÃO

A idéia geral da proposta de viabilizar uma ferramenta digital para coleta de dados que possibilitem a avaliação e acompanhamento das unidades hospitalares, sob administração direta da SES-SP, se mostrou factível em seus primeiros meses de implantação e espera-se que se firme como instrumento avaliativo da qualidade da assistência hospitalar prestada por estas unidades.

INOVASUS CURITIBA

Autor principal: Jane Sescatto
Outros autores: Anna Paula L. Penteado / Rute Maria Soltowsky
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba
Município: Curitiba
Estado: Paraná

INTRODUÇÃO

No contexto atual do modelo de gestão da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) a contratualização dos Hospitais de Ensino (HE) determina mudanças importantes no sistema de saúde. Este instrumento valoriza a qualidade dos serviços prestados e contribui para melhorar a credibilidade dos cidadãos nos serviços públicos hospitalares ofertados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Curitiba conta com sete HE certificados e contratualizados que são responsáveis pela realização de oitenta por cento (80%) dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares pelo SUS. Com a contratualização dos hospitais foi designada a Comissão de Acompanhamento de Convênio, conforme proposto pelos Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura, que avalia o desempenho de cada equipamento quanto à execução das metas e indicadores anteriormente pactuados. Para organizar/implementar esse trabalho de avaliação, a Comissão criou/implantou o Roteiro de Acompanhamento Inovasus Curitiba - RAIC. A Comissão, ao se deslocar mensalmente até os Hospitais, utiliza-se deste instrumento para avaliar, analisar e acompanhar (junto com os representantes do hospital na comissão) os fluxos de atendimento, a atuação nos programas de atenção, as atividades de humanização, o desenvolvimento de projetos de pesquisa. O objetivo desta ação interinstitucional é a garantia da qualidade no cuidado a ser prestado aos cidadãos.

OBJETIVOS

a) Geral: apresentar um processo qualificado de acompanhamento aos Hospitais de Ensino através do Roteiro de Acompanhamento Inovasus Curitiba - RAIC. b) Específicos: relatar a importância da criação/implementação do RAIC; apontar os resultados alcançados com sua utilização.

METODOLOGIA

A SMS, ao se organizar para responder às exigências do Ministério da Saúde quanto ao acompanhamento das atividades realizadas pelos Hospitais de Ensino conveniados ao SUS, detectou a necessidade de avançar na forma de registro das informações coletadas, para melhor sistematização das observações. Criou então um roteiro para orientar a ação conjunta com os hospitais, possibilitando historicizar e monitorar com mais qualidade essa atividade de fundamental importância para a consolidação do SUS no município de Curitiba. Metas e indicadores de desempenho quantitativos e qualitativos são pactuados no Plano Operativo e

INOVASUS CURITIBA

Acompanhamento Qualificado aos Hospitais de Ensino

Introdução - No contexto atual do modelo de gestão da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) a contratualização dos Hospitais de Ensino (HE) determina mudanças importantes no sistema de saúde. A Comissão que acompanha os HE criou/implantou o Roteiro de Acompanhamento Inovasus Curitiba RAIC e utiliza-se deste instrumento para avaliar, analisar e acompanhar os fluxos de atendimento, a atuação nos programas de atenção, as atividades de humanização, o desenvolvimento de projetos de pesquisa e gestão.

Objetivos - Apresentar um processo qualificado de acompanhamento aos Hospitais de Ensino através do Roteiro de Acompanhamento Inovasus Curitiba - RAIC.
- Apontar os resultados alcançados com a utilização do RAIC.

Metodologia - Para o acompanhamento das atividades realizadas pelos Hospitais de Ensino conveniados ao SUS e melhor sistematização no registro das observações, criou-se um roteiro para orientar a ação conjunta com os hospitais possibilitando a monitoração das metas e indicadores pactuados no Plano Operativo.

Resultados - Desde o início da Contratualização em 2004 foram realizadas 35 reuniões onde são avaliados e analisados dados levantados com a aplicação do RAIC para medir avanços, melhorias e adequações. Neste processo foram identificados:
- ✓ Integração dos pontos de atenção dentro dos hospitais, ambulatoriais e hospitalares eletivos e de U/E.
- ✓ Garantia do atendimento integral aos usuários.
- ✓ Desenvolvimento de protocolos de atenção.
- ✓ Melhoria nas instalações físicas dos Hospitais, proporcionado pelo repasse de recursos provenientes dos incentivos da contratualização.

Considerações finais - Inovações no processo de gestão vêm permitindo reorganização dos processos de trabalho e dos serviços e melhorando o acesso dos usuários aos diversos níveis de atenção desde a promoção à prevenção à saúde. O hospital é um componente fundamental da rede de serviços, portanto, instrumentalizar-se para sua avaliação aponta para a melhoria da quantidade e qualidade dos serviços prestados. Esse é a função do RAIC.

COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO
A Comissão de Acompanhamento dos Hospitais de Ensino conta com a participação do Conselho Municipal de Saúde nas reuniões mensais.

CURITIBA CURITIBA

monitorados mensalmente através de análise do relatório do Prestador e da visita técnica realizada pela Comissão de Acompanhamento ao hospital contratualizado. Utilizando o RAIC, a Comissão acompanha/monitora: a evolução dos registros de

produção ambulatorial e hospitalar pelos Sistemas SIA, SIH/SUS; a qualidade da utilização dos Sistemas de Regulação da SMS (Sistema Integração, Centrais Metropolitana de Leitos e de Marcação de Consultas Especializadas); a oferta de retaguarda dos hospitais às Unidades de Saúde 24horas e as internações de acordo com normas e fluxos estabelecidos pela SMS; a implantação/ implementação de protocolos técnicos junto aos HE e o desenvolvimento de projetos de pesquisa de interesse para o SUS/ Curitiba; o fluxo/qualidade de atendimento aos Programas: Mãe Curitibana, Mulher de Verdade, Criança de Risco, Saúde Mental; as ações de Humanização e Acolhimento Solidário desenvolvidas nas áreas de atendimento; avalia e busca solução para demandas encaminhadas por usuários através da Central de Atendimento ao Usuário e Ministério Público; avalia custos do HE pelos relatórios dos sistemas de informação ambulatorial e hospitalar do MS e Controle Hospitalar da SMS; emite relatórios referentes ao desempenho dos HE; realiza reuniões mensais para avaliação de desempenho com os HE para discussão de dados levantados com a aplicação do Roteiro, em conjunto com a Comissão designada pela Direção do Hospital, para medir avanços e melhorias.ultados - No decorrer do período de contratualização – um ano, a Comissão de Acompanhamento realizou 30 reuniões para avaliação de desempenho, analisando-se o atingimento de metas e a melhoria de indicadores. Avaliou-se também a aplicação do RAIC. Identificou-se evolução do conjunto de instrumentos para a regulação do SUS pela SMS, integrando todos os pontos de atenção dentro dos hospitais e outros pontos do sistema, abrangendo a totalidade dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares eletivos e de urgência e emergência, buscando a garantia do atendimento integral aos usuários. A aproximação da academia com a SMS, através da consolidação de protocolos de atenção compartilhados com a rede básica, a urgência e emergência e os HE. Houve melhoria nas instalações físicas dos Hospitais, proporcionada pelo repasse de recursos provenientes dos incentivos da contratualização. Uma revisão de valores da parcela variável e do incentivo poderia contribuir ainda mais com este processo de melhoria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inovações no processo de gestão vêm permitindo reorganização dos processos de trabalho e dos serviços e melhorando o acesso dos usuários aos diversos níveis de atenção desde a promoção e prevenção à saúde. O hospital é um componente fundamental da rede de serviços, portanto, instrumentalizar-se para sua avaliação aponta para a melhoria da quantidade e qualidade dos serviços prestados. Essa é a função do RAIC.

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DOS PROCESSOS DE GESTÃO, PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO COMO FERRAMENTA PARA O DIAGNÓSTICO DAS AÇÕES EM SAÚDE PÚBLICA

Autor principal: Jane Suely de Melo Nóbrega
Outros autores: Anna Paula L. Penteado / Rute Maria Soltowsky
Instituição: Prefeitura Municipal de Macaíba/RN
Município: Natal
Estado: Rio Grande do Norte

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), incentiva a auto-responsabilidade e a participação da comunidade e dos cidadãos no planejamento, na organização, no funcionamento e no controle da atenção primária à saúde como requisitos indispensáveis à otimização do atendimento. Entretanto, não se pode dizer que o modelo assistencial que vem predominando no Brasil nos últimos anos contemple aquelas diretrizes referidas. Ao contrário: volta-se prioritariamente para ações curativas, privilegiando uma medicina de alto custo, verticalizada, excludente e de baixo impacto na melhoria da qualidade de vida da comunidade. Seu enfoque biologicista não compreende ou não considera adequadamente as dimensões sócio-econômicas e culturais envolvidas no processo de adoecer ou morrer das pessoas.

O reconhecimento da crise desse modelo, no âmbito da saúde pública, vem suscitando a emergência de propostas que visam à transformação do sistema de atenção em saúde, de suas práticas e, em articulação com estas, do processo de trabalho em saúde.

O Programa de Saúde da Família (PSF) apresenta-se como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer. O PSF foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994 e o documento que define as bases do programa destaca que: "ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos, quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua".

OBJETIVO

Criar um programa de avaliação periódica dos processos de gestão, planejamento e execução das ações do Sistema Público de Saúde da prefeitura de Macaíba/RN através de uma abordagem qualitativa com os profissionais e usuários do PSF.

METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado dentro de uma abordagem qualitativa. A amostra foi constituída aleatoriamente por profissionais de saúde do PSF do município de Macaíba - médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário, agentes comunitários de saúde- e usuários da comunidade, de ambos os gêneros, com idades variadas e que possuíam afinidades naturalmente pessoais e profissionais com o objeto de pesquisa, o que os condicionavam como respondentes qualificados. O instrumento de pesquisa escolhido foi o questionário contendo questões abertas validado em 10% da amostra. Após a coleta das informações, todas as respostas foram transcritas integralmente fazendo-se as correções gramaticais necessárias. Para a análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo temática que é um método de observação indireto, já que é a expressão verbal do informante que é observada e permite captar motivos de satisfação, insatisfação ou opiniões. A análise desdobrou-se em três fases: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados. Na fase de pré-análise, foram feitas leituras do material coletado para conhecer todos os textos e identificar os pontos convergentes, representativos e significativos ao tema. Na exploração do material empírico, realizou-se o inventário de todas as falas, isolando, codificando e recortando as unidades de registro que é um segmento ou um trecho do discurso bem característico. No processo de categorização, categorias e sub-categorias temáticas emergiram dos depoimentos escritos contendo todas as unidades de registro, classificando-as por semelhança à medida em que eram encontradas. A categorização repartiu os elementos e impôs certa organização às mensagens, pois cada categoria constituiu-se por um termo-chave que indicava o significado central do conceito que se desejou apreender. A interpretação dos dados obtidos foi realizada estabelecendo articulações com o aporte

teórico da pesquisa cruzando as categorias obtidas e os informantes, os quais não foram identificados para garantir seu anonimato.

RESULTADOS

Para os profissionais do SUS integrantes do PSF, trabalhar em equipe, desenvolver atividades preventivas e educativas melhorando a qualidade de vida da comunidade carente são os pontos mais positivos no atendimento público de saúde. Porém, para estes profissionais há pontos que devem ser corrigidos ou reformulados pelo gestor para a melhoria das ações em saúde tais como: criação de vínculo empregatício dos profissionais, isonomia e incremento salarial entre as categorias, melhorar as condições de trabalho e investimento em equipamentos e medicamentos através de maior liberação de recursos.

Para os usuários do SUS, os serviços de saúde oferecidos pelo PSF são vistos como um ponto positivo e que foram capazes de trazer mudanças para o seu cotidiano. Maior facilidade no acesso aos serviços, maior qualidade no atendimento trazendo benefícios às famílias e à comunidade são as principais mudanças relatadas.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Para alguns profissionais há limitações para o pleno desenvolvimento de suas atividades na Unidade de Saúde. A alta demanda, carência de profissionais, reduzida quantidade de medicamentos para pacientes dos programas e dificuldades no mecanismo de referência e contra-referência são pontos críticos relatados neste estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desta metodologia, fomos capazes de diagnosticar o desempenho do processo de gestão, planejamento e execução das atividades em saúde pública possibilitando informações necessárias para a melhoria dos serviços no município.

GLAS – UM JEITO NOVO DE AVALIAR A SAÚDE EM MOSSORÓ

Autor principal: Joaniza de Freitas Vale Batista
Instituição: Gerencia Executiva da Saúde
Município: Mossoró
Estado: Rio Grande do Norte

O Sistema de Saúde do Brasil vem passando por várias transformações. Com destaque entre os anos de 80 e 90. Vários foram os fatos que marcaram as lutas sociais durante o período de redemocratização do país, com destaque a VIII Conferência Nacional de Saúde, que constitui o momento apical de formatação político-ideológico do projeto da Reforma Sanitária, impulsionando propostas para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de então, muitas foram as tentativas no sentido de implantar modelo de atenção com base nos princípios do SUS. Em 1994 surge o Programa de Saúde da Família (PSF), por iniciativa do Ministério da Saúde tendo como objetivo contribuir para a reorientação da atenção básica com a finalidade de promoção da saúde, prevenção de doenças do indivíduo, da família e da comunidade. Nesta perspectiva, o conhecimento do Sistema de Informação em Saúde(SIS), portanto se faz necessário para contribuir com o processo de reflexão, avaliação e tomada de decisão sobre o enfrentamento de uma determinada situação de saúde No presente trabalho utilizamos a abordagem descritiva visando implantar um serviço de Avaliação Local de Saúde , já que identificamos por parte dos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF), de Mossoró , dificuldades de entendimento em Sistema de Informação em Saúde (SIS), em especial o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). A maioria dos profissionais não compreendia o que era um dado e por informação. Dificultando assim um melhor planejamento das ações na sua área. Com isso orientados pela Universidade Federal de Pelotas, implantamos o Grupo Local de Avaliação em Saúde (GLAS), que mensalmente ou quando necessário realizamos encontro para obtermos na prática os indicadores de saúde, como calcular e avaliar estes dados, para divulgar as informações a população e aos profissionais, já que temos como meta realizar oficinas com a população , os representantes do conselho comunitário do bairro,com os conselheiros municipais de saúde, equipes do PSF, PROCON, Ministério Publico para informar, comunicar ,ouvir e intervir para fortalecimento da autonomia e o auto cuidado da saúde, com orientações de como prevenir e conviver com as doenças e como se manter saudável . Pois Mossoró é a segunda cidade do Estado do Rio Grande do Norte, com uma população de 229.784 habitantes, com 52 equipes do PSF, 52 Equipes de Saúde Bucal e 439 Agentes Comunitários de Saúde, trabalhando em mais de 50 unidades de saúde . O que vai contribuir para que todos os atores sociais envolvidos transformem esta realidade, trazendo novos horizontes na pratica da avaliação, neste novo olhar na gestão do cuidar. O mais importante é que já adquirimos os equipamentos de informática para todas as UBS, mas estamos apenas trabalhando como projeto piloto em 6 UBS. Uma das grandes dificuldades do grupo é a rotatividade dos profissionais do PSF, quando capacitamos, eles se transferem para outros serviços, e começamos tudo de novo, como também a falta de perfil para avaliar. Mas os avanços já são maiores, alguns destes profissionais já avaliam seus indicadores com a equipe de trabalho e implantamos a sala de situação do município com recursos do PROESF (Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família) e ordinários para a aquisição de equipamentos de informática, etc. Algumas UBS, já tem acesso a internet para ter acesso as todas as informações necessárias. Já estamos concluindo um Guia Humaniza Mossoró "O SUS É NOSSO E SUS E DA GENTE" para ser entregue nas oficinas com a população, no qual vão estar contidas todas as informações necessárias para o acesso dos usuários de todos os serviços e ações, como endereços dos serviços oferecidos, orientações como sinais e sintomas dos principais agravos do município.

A implantação deste serviço se articula com minhas inquietações enquanto enfermeira e coordenadora do Departamento de Promoção da Saúde, onde responde pelo Programa de Agentes Comunitário de Saúde e o Programa Saúde da Família (PACS/PSF), de Mossoró até julho de 2005, o percebia a falta de uma avaliação sistemática das ações por parte de algumas equipes do PSF e dos técnicos da Gerência Executiva da Saúde

O interesse em implantar este serviço decorreu da minha participação em reuniões nas comunidades para avaliar ações e serviços de saúde do Município. Buscando informações da comunidade e da própria equipe sobre como avaliavam os dados do SIAB, foi possível perceber que eles não sabiam ou não tinham segurança quanto à informação.

Para a escolha de prioridades das políticas públicas dentro da concepção e da prática de vigilância da saúde, que visam melhorar a qualidade de vida de nossa população, é notável a importância dos dados obtidos a partir desses sistemas de informação, dados que se transformam em relevantes informações que servirão para avaliar e planejar as ações dos gestores e das equipes junto à comunidade, com vista à promoção da saúde da mesma e à organização dos serviços oferecidos.

PROGRAMA SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ-FORTALECIMENTO DOS HOSPITAIS PÓLOS

Autor principal: João Batista Oliveira Maia
Outros autores: Francisco Holanda /Isabel Cavalcante Carlos/Maria das Graças Barbosa/Jussara Santos Vieira
Instituição: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará/SESA /CERES
Município: Aracati
Estado: Ceará

A Microrregião de Saúde de Aracati –CE é formada por cinco municípios e uma população de 157.678 habitantes.Ela configurou seu Plano Diretor de Regionalização – PDR em quatro módulos assistenciais e um município pólo , que é Aracati.Esse município tem dois hospitais pólos :Hospital Municipal Eduardo Dias –HMED responsável pelo atendimento ambulatorial e hospitalar nas áreas de clínica médica, cirurgia geral e traumato-ortopedia e o Hospital Santa Luiza de Marilac –HSLM responsável pela pediatria e gineco-obstetrícia .Conforme as determinações da NOAS/ SUS / 2002 são de responsabilidade do município pólo a assistência à saúde nos 1º e 2º níveis de referência da média complexidade para sua população e aquela adscrita pelo PDR. A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA, compreendendo que havia muitas transferências desnecessárias a Macrorregional Fortaleza, que os usuários não estavam satisfeitos com o atendimento dos Hospitais Pólos ,que não havia cumprimento da programação da assistência por insuficiência da oferta e ocorria falta de resolubilidade , diagnosticou que o principal fator para os problemas da regionalização é a insuficiência de recursos voltados à atenção secundária.Nesse contexto, lançou em 2004 o Programa Saúde Mais Perto de Você –PSMPV.Os objetivos do programa são: melhorar a qualidade da assistência à saúde da população ; atender as demandas assistenciais o mais próximo possível das residências dos usuários ; reduzir o tempo – resposta do atendimento secundário; fortalecer o Hospital Pólo aumentando a resolubilidade na Microrregião ; cumprir as pactuações da programação pactuada e integrada da assistência. O PSMPV consiste na cooperação financeira da SESA para os hospitais pólos de Aracati-CE através do Termo de Compromisso firmado entre os entes municipal e estadual. A SESA repassa mensalmente R$ 100.000,00 (cem mil reais) para o HMED e R$ 60.000,00(sessenta mil reais) para o HSLM. De acordo com o programa há obrigações legais para o cumprimento de metas pelo município, que são: a manutenção da cobertura do Programa Saúde da Família – PSF ,objetivando a redução das internações sensíveis à atenção ambulatorial ; redução das transferências para a Macrorregional ; garantir a contra-referência ;manter a Central de Regulação funcionando 24 horas ;contratar especialistas com titulação de acordo com área , dentre outras. Para o recebimento da parcela de cada mês há uma deliberação concensuada na CIB – Microrregional, onde os próprios gestores da Microrregião dão parecer favorável ou não ao repasse de novas parcelas, após relatório apresentado pela Célula Regional de Saúde – CERES Aracati -(instância regional da SESA) . Após dois anos de implantação do programa temos os seguintes resultados : redução de 70% das transferências para a Macrorregional Fortaleza; melhor satisfação dos usuários ; redução da demanda reprimida para procedimentos eletivos; aumento da taxa de ocupação hospitalar e da média de permanência ; redução na mortalidade geral hospitalar ; maior resolubilidade no sistema de saúde ; monitoramento , acompanhamento e avaliação mais eficiente ; participação dos gestores no processo de gestão . Observamos que com o PSMPV podemos consolidar o processo de regionalização pautado na co-responsabilidade entre gestores e amadurecimento de que as responsabilidades têm que serem divididas entre todos na microrregião e dessa forma fortalecer todo o sistema de saúde microrregional , garantindo oferta e suficiência de serviços com qualidade e humanização .

IMPLANTAÇÃO DA REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA EM OLINDA

Autor principal: João Veiga Leitão de Albuquerque Filho
Outros autores: Tereza Adriana Miranda de Almeida; Cristina Menezes; Mailton Alves da Silva; Tânia Redevivo
Instituição: Secretaria de Saúde de Olinda
Município: Olinda
Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA, INDICANDO A SUA IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO LOCAL

O município de Olinda, possui 46 equipes de saúde da família, 9 centros de saúde tradicionais, 5 Policlínicas, 01 maternidade, 01 CAPS, 01 hospital conveniado e 02 SPAs, distribuídos em 02 Distritos Sanitários, além dos prestadores de apoio diagnóstico. Avaliando a quantidade de consultas especializadas disponíveis, a equipe da secretaria de saúde percebeu que ela é satisfatória de acordo com os parâmetros da Portaria Ministerial 1.101, contudo, o agendamento de consultas especializadas e exames sempre gerou filas e problemas de acesso para os usuários. Por outro lado, avaliando a produção ambulatorial, a Secretaria de Saúde diagnosticou que os profissionais especialistas não conseguiam atingir suas metas de produção, ou seja, apesar da enorme procura, "sobravam" consultas especializadas não realizadas. Além disso, não havia vinculação entre as unidades de atenção básica e as policlínicas, gerando dificuldades de estabelecimento de metas e de avaliação da resolutividade das unidades, bem como a impossibilidade de qualquer mecanismos de contra-referência. Considerando-se que Olinda se localiza na Região Metropolitana do Recife, havendo um significativo fluxo de usuários do SUS entre os municípios desta região metropolitana, esse cenário se evidenciava como um importante problema a ser resolvido.

Diante deste diagnóstico, a secretaria de saúde montou um fluxo de referência e contra-referência, de forma regionalizada, com instrumentos bem definidos e uma equipe para coordenar a implantação e condução da referência e contra-referência, que está em funcionamento desde junho de 2005. Neste período de atuação, o grupo consolidou o modelo nos dois distritos e passou a constituir a Central de Marcação de Consultas, com proposta de futuramente também se tornar o núcleo municipal de regulação assistencial.

OBJETIVOS, PROPÓSITOS

O objetivo da Referência e Contra-referência é viabilizar, com qualidade, o acesso do usuário ao serviço especializado, garantindo retorno do diagnóstico e procedimentos realizados ao médico da atenção básica, mantendo um processo de articulação da rede assistencial e diálogo entre os profissionais de saúde. Ao organizar o fluxo de encaminhamentos na rede de saúde, articular as unidades, garantindo vinculação entre a unidade básica e a unidade de referência especializada, o sistema de referência e contra-referência e a Central de Marcação de Consultas permitem o monitoramento das demandas reprimidas e identificação de obstáculos ao fluxo de atendimento da rede assistencial de saúde.

METODOLOGIA: CAMINHO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA

Como foi dito, para viabilizar a articulação da rede e garantir o melhor acesso do usuário ao sistema de saúde, a secretaria de saúde montou um fluxo de referência e contra-referência, de forma regionalizada, garantindo a articulação interna da rede de saúde nos distritos. Desta forma, foram definidas 02 Policlínicas de referência especializada por distrito, absorvendo a demanda e vinculadas a unidades já definidas de PSF e centros de saúde. A quinta Policlínica foi definida como referência municipal, por sua localização e sua história, passando a agregar todas as especialidades de referência para os dois distritos.

Foi desenvolvido um instrumento de referência e contra-referência: um formulário que, ficando de posse do usuário, serve como instrumento de encaminhamento ao especialista e de retorno dos dados da consulta especializada para o médico da atenção básica.

O controle do fluxo de referência e contra-referência é realizado pela Central de Marcação de Consultas, atualmente

através de planilhas encaminhadas pelos distritos sanitários à central através de motoqueiros. Está sendo viabilizada a estrutura para que esses encaminhamentos passem a ser via telefone e também está sendo avaliado um software para agilização do processo de agendamento e melhoria do controle.

PRODUTOS, O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

Como primeiros produtos desenvolvidos, a secretaria de saúde ressalta:

1 - Elaboração do fluxo de encaminhamento de referências especializadas das unidades básicas de saúde para as unidades especializadas;

2 – Desenvolvimento de instrumento de referência e contra-referência.

Como resultados, pode-se já verificar:

1 – Inexistência de filas para o agendamento de consultas especializadas;

2 – A identificação de situações de "estrangulamento", ou seja das especialidades com demanda muito acima da oferta e que necessitavam de incremento;

3 – O estabelecimento de diálogo entre as unidades que, vinculadas entre si, estão trocando informações sobre os atendimentos prestados.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

A principal dificuldade encontrada diz respeito à resistência por parte de alguns médicos no preenchimento das fichas de contra-referência e no estrangulamento de algumas especialidades, evidenciado pela sistematização do agendamento. Percebeu-se , contudo, que outras especialidades demonstraram "sobras" de atendimento, o que esta permitindo o redirecionamento de profissionais e da definição das especialidades disponíveis em cada unidade de saúde. Outra grande dificuldade diz respeito à estrutura disponível para a Central de Marcação de Consultas, que hoje coordena o fluxo de referência e contra-referência, por ainda não dispor de contato telefônico com todas as unidades e não estar informatizada, no entanto, essa estrutura está sendo viabilizada através de um convênio com o Ministério da Saúde.

Uma grande facilidade para o desenvolvimento deste trabalho é o fato do município de Olinda ser territorialmente pequeno, o que permite o fluxo de documentos, enquanto não se estrutura a informatização e a ligação telefônica do sistema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estruturação do sistema de referência e contra-referência é uma necessidade premente para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. Não há como falar em integralidade da atenção enquanto os serviços de saúde atenderem aos usuários de forma fragmentada. Não há como falar da consolidação do controle e avaliação de serviços, ou da pactuação de serviços entre gestores, sem o aprimoramento do controle da produção destes serviços e sua adequação às reais necessidades da população. Olinda, com a experiência de constituição de seu sistema de referência e contra-referência e implantação da Central de Marcação de Consultas, coloca-se em dia com a agenda nacional de debates em torno da implantação de sistemas locais de regulação, além de dar um passo fundamental para a estruturação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde no município.

REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DE PIRIPIRI

Autor principal: Jorge Otavio Maia Barreto
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Piripiri
Município: Piripiri
Estado: Piauí

INTRODUÇÃO

O Município de Piripiri possui uma ampla rede de saúde pública com a oferta de serviços de média complexidade que necessitavam de uma revisão organizacional que garantisse o acesso equânime à população assistida.

Cumprindo o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002, aprovada pela Portaria GM/MS/Nº 373, de 27/02/2002, e considerando a Portaria SAS/MS/N° 423, de 09 de julho de 2002, que sistematiza e padroniza as técnicas de controle e avaliação da assistência à saúde, o acompanhamento e avaliação dos métodos e instrumentos para este fim, a SMS de Piripiri propôs no ano de 2005 a discussão ampla do Plano Municipal de Regulação, Controle e Avaliação das Ações e Serviços de Saúde de Piripiri, Piauí.

OBJETIVO

Contribuir com o processo de descentralização do gerenciamento das ações de saúde, implantando métodos e instrumentos de controle e avaliação de alta resolutividade. O planejamento, regulação, controle e avaliação apresentam-se como parte fundamental neste processo, cujo objetivo principal é acompanhar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde desenvolvidos na rede assistencial, baseado em parâmetros e indicadores gerais adequados à realidade local, refletindo inclusive as prioridades assistenciais, buscando a reorganização da assistência e dando maior racionalidade ao uso dos recursos, possibilitando a garantia de acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços de forma qualificada.

A problematização da regulação junto às instâncias profissionais e sociais objetivou a elaboração das diretrizes e estratégias que nortearam o processo de regulação, controle e avaliação da assistência no município de Piripiri, Piauí, estabelecendo métodos, critérios e parâmetros para facilitar o acesso e a melhoria da qualidade da assistência.

METODOLOGIA

Iniciou-se a discussão intersetorial do Plano Municipal de Regulação Controle e Avaliação, sendo a sua redação final aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde

No âmbito normativo, a Portaria SMS 065/2005 implantou as rotinas da Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados e a Lei Municipal 536/06 inseriu na estrutura formal da SMS o Departamento de Regulação Controle e Avaliação, integrado pela Central de Marcação, Central de Regulação e a Divisão de Controle e Avaliação

Foram implantadas rotinas de autorização das internações hospitalares (AIH) e de procedimentos de alto custo/complexidade (APAC) através de sistemas informatizados, nas quais o médico regulador/auditor realiza a crítica das informações no ato da autorização, evitando inconsistências e melhorando a qualidade das informações que chegarão aos sistemas nacionais, inclusive com a verificação *in loco* de situações específicas.

A estruturação física e tecnológica do Departamento de Regulação Controle e Avaliação foi realizada, suprindo as carências materiais para a melhor execução das rotinas.

RESULTADOS

Resposta, de forma qualificada e integrada, às demandas de saúde da população própria e referenciada.

Organização da oferta de ações e serviços de saúde e o fluxo dos usuários, visando ao acesso da população segundo suas necessidades.

Utilização dos recursos disponíveis de maneira racional, garantindo o acesso da população à melhor alternativa assistencial, melhorando o acolhimento e a resolutividade da rede de saúde.

Maior agilidade e facilidade ao acesso qualificado às consultas e exames especializados.

DIFICULDADES ENFRENTADAS

Estrutura física inadequada e falta de financiamento específico para a implementação dos serviços de regulação.

Insuficiência de recursos humanos qualificados para operacionalização das atividades.

nsuficiência de recursos tecnológicos (computadores, linha telefônica, etc).

Ausência de um sistema de informação para a central de regulação que efetue o controle de marcação de consultas e exames especializados, garantindo o acesso para a população residente e referenciada no município, conforme pactuado na PPI - SUPERADA

Falta de orientação adequada aos pacientes nas unidades de saúde sobre o fluxo de atendimento na rede, gerando uma grande procura por atendimento diretamente na Central de Marcação de Consultas e Exames.

Cartão SUS ainda em fase de implantação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante ressaltar que, por mais instrumentos técnicos apropriados que existam, bem como um quadro de pessoal capacitado, com perfil adequado para suas funções, só um modo de gestão que harmonize os níveis de governo e propicie o estabelecimento de responsabilidades compartilhadas, possibilitará que os resultados das ações se efetivem em benefício da consolidação do SUS.

A Secretaria Municipal de Saúde visando à democratização da gestão e controle social implementou ações que visam trabalhar a gestão participativa com colegiados dentro das unidades, com a participação efetiva de trabalhadores, gestores e usuários.

IMPLANTAÇÃO DA CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS DE PATOS – "MAIS SAÚDE E MENOS FILA"

Autor principal: José Francisco de Sousa
Outros autores: Eisenhower Alves de Brito Segundo
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde
Município: Patos
Estado: Paraíba

APRESENTAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde vem trabalhando com o objetivo de implantar os serviços de acordo com as normas estabelecidas e pactuadas entre os três níveis de gestão.

A Regulação, como instrumento de controle em nível municipal trabalha em cooperação com os níveis inter municipais e estaduais, caracterizando-se uma área onde a carência de recursos humano e treinado constitui a principal ação a ser enfrentada pela gestão local, portanto para se fortalecer neste gargalo do SUS decidiu-se implantar uma central de marcação de consultas e exames especializados um instrumento de gestão que quando utilizado de maneira qualificada viabilizando o acesso adequado ao usuário do SUS como também estabelecendo diretrizes de regulação e planejamento.

JUSTIFICATIFA

O serviço de Regulação requer avanços na perspectiva de garantir um melhor funcionamento do sistema de saúde com vista a facilitar e ampliar o acesso aos serviços, otimizando os recursos existentes na busca da consumação das diretrizes do Sistema Único de Saúde.

OBJETIVOS

• Melhorar o acesso da população a ações e serviços assistenciais em tempo oportuno, de forma ordenada e equânime.
• Organizar a oferta e serviços de saúde e adequá-las as necessidades demandadas pela população.
• Agendar, acompanhar os atendimentos agendados e auditar os atendimentos pelos prestadores.
• Regular a oferta de serviços e otimiza a utilização dos recursos disponíveis.
• Fornecer subsídios aos processos de planejamento, controle, avaliação e a construção da PPI.
• ATENDIMENTO: 100% de consultas e procedimentos especializados SUS.
• ABRANGÊNCIA MACROREGIONAL

METODOLOGIA

Levantamento da série histórica do município visando aproximar-se o máximo da nossa necessidade de serviços a ser disponibilizada na central de marcação de consulta

Pesquisar de um Solft que atendesse a nossa realidade como também já tivesse um largo serviço prestado no Sistema Único de Saúde

Treinamento de toda a rede para entendimento do fluxo e a operacionalização do sistema

RESULTADOS

• Distribuição equânime do dos procedimentos e exames mediante a nossa serie histórica e o serviço instalado.
• Visibilidade da aplicação dos recursos financeiros ofertados ao nosso município.
• Cumprimento das diretrizes da política nacional de controle, regulação, avaliação e auditoria proposta pelo Ministério da Saúde.
• Oferta de relatórios com cruzamentos de dados para uma melhor visão do sistema de auditoria, regulação e planejamento da Secretaria Municipal de Saúde.

DIFICULDADES

• CONTROLE DE DEMANDA: Não distribuição de limites administrativos (cotas) entre unidades solicitantes (PSF, Unidades Básicas e Municípios pactuados), pois lidamos com a PPI de 2001.
• PERÍODO DE AGENDAMENTO: Adequar a capacidade instalada há nossa necessidade respaldado em uma série história municipal respeitando os parâmetros assistências do Ministério da Saúde.

• USUÁRIOS DA CENTRAL: Conscientizar os segmentos administrativos da secretaria Municipal de Saúde com relação à importância desse instrumento e seus benefícios para usuários do Sistema Único de Saúde.

FACILIDADES

• Aumento e melhoria no acesso da população aos serviços de saúde.
• Garantia da gratuidade no atendimento.
• Ferramenta de regulação da oferta de serviço em função da demanda.
• Controle na operacionalização do fluxo dos municípios pactuados
• Diminuição das não conformidades evitando cobrança ao SUS de procedimentos não realizados pelos prestadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Central de Marcação de Consultas e Exames define e classifica as responsabilidades de acordo com cada nível de gestão, bem como promover a harmonização e integração das ações de saúde, no âmbito local, propiciando aos munícipes e população referenciada o acesso aos serviços de saúde de forma universal, integral e equânime objetivando a melhoria socioeconômica da população referenciada.

GESTÃO EM TEMPOS DE CRISE: UMA EXPERIÊNCIA AFRICANA; UM PRÊMIO NOBEL DA PAZ. – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autor principal: José Luiz Viana da Silva
Instituição: Médicos sem Fronteiras-Holanda
Município: Rio de Janeiro
Estado: Rio de Janeiro

A Organização Médicos sem Fronteiras é mundialmente conhecida devido sobretudo à sua capacidade de intervenção em situações de crise humanitária, sejam estas de origem natural ou provocada pelo homem. Outros a conhecem pelo fato de ter recebido o Prêmio Nobel da Paz no ano de 1999. O que grande parte do público desconhece é que por trás destas intervenções, existe toda uma estrutura organizacional de suporte que garante o sucesso de suas intervenções.

Em que pese à instabilidade política e de segurança em que as ações dos MSF são desenvolvidas, as perdas são muito pequenas, quer sejam perdas materiais ou humanas (de pessoal local e de pessoal expatriado), graças a um intenso treinamento a que são submetidos os Coordenadores de Projetos e Chefes de Missão. No âmbito destes treinamentos, alguns realizados nos países-sedes, na Europa, outros realizados no próprio terreno onde as ações são implementadas, aspectos particulares e peculiares são contemplados e instrumentos de avaliação são ensinados e desenvolvidos.

Cada um dos países e até mesmo cada um dos Projetos de MSF apresentam características particulares, com uma multiplicidade cultural, com raízes bem distintas e com importâncias variáveis, sobretudo no cenário político internacional. Portanto não é raro que a crise que tanta comoção causou na mídia internacional no ultimo ano, passe neste momento completamente desapercebida, a despeito de seus efeitos danosos clamando a vida de milhares e às vezes até de milhões. Dentro deste contexto, instrumentos como Country Policy (Política de Intervenção da ONG no país), que reporta bem a crise e suas raízes e seu desenvolvimento histórico, bem como o tipo de intervenção a ser desenvolvida no mesmo país, bem como o Security Guidelines (Manual de Segurança) são desenvolvidos e atualizados de tempos em tempos pela Country Management Team (Equipe de Gestão Nacional), composta pelo Chefe de Missão, pelos Coordenadores de Projetos, pelo Coordenador de Saúde, pelo Coordenador Logístico e pelo Administrador.

Enquanto que o desenvolvimento dos documentos e estratégias citadas acima acontece a nível nacional, normalmente com a equipe baseada na capital do país,; ao nível de local de Projeto o desenvolvimento era semelhante, com a produção de um Manual local de Segurança, bastante abrangente, que previa inclusive ações programadas para o caso de evacuações, como efetivamente aconteceu com o autor, em Janeiro de 1997, quando a cidade de Malange, onde o mesmo ocupava a posição de Coordenador de Projeto, foi bombardeada pelo movimento de guerrilha UNITA.

Uma intensa e confiável rede de informações deve ser estabelecida, a partir do início de atividades em uma determinada localidade a fim de se coletarem informações sobre a situação de segurança. Sinais precoces de deterioração da situação

devem ser previamente estabelecidos e constantemente monitorados, a fim de se proceder com as várias fases do plano de segurança. Este plano tem suas fases determinadas por cores, que variam desde o verde (situação estável, passível de monitoração de rotina) até a fase laranja (evacuação parcial, com a permanência de uma equipe reduzida a fim de garantir somente as atividades imprescindíveis). Na fase vermelha a evacuação total é imperiosa, apesar de que esta decisão deve ser tomada preferencialmente peoa pessoal presente no terreno.

Dentre as fontes consultadas, no intuito de coletar informações de segurança, destacam-se os trabalhadores locais, as ONGs locais, autoridades tradicionais , religiosas e governamentais, agências das Nações Unidas, ONGs Internacionais, Imprensa Nacional e Internacional, entre outros. Em observância aos princípios estruturais de MSF, a saber: Imparcialidade, Neutralidade e Independência, contatos com todas as partes beligerantes devem ser estabelecidos, ou ao menos tentado. Não somente o contanto, sempre que possível, intervenções devem acontecer em todas as áreas controladas por ambas as partes, garantindo assim o acesso a uma maior parte da população aos serviços de Saúde oferecidos pela Organização.

Não obstante as condições extremamente adversas encontradas nos locais de Intervenção, a experiência com o MSF tem mostrado que é possível minorar o sofrimento de parte da população através de soluções embasadas no respeito à comunidade e à cultura local, quer seja no continente africano, quer seja no Brasil.

GESTÃO PELA VIDA

Autor principal: José Roberto Barreto Saraiva
Outros autores: Erico José Faustini; Eleonora Ghelen Walcher; Fulvia Elena Camporese Schuster; Werner Ervino Fetzner; Carlos Armando Ulrich Lima; Maria Natalia Gomes de Mello; Mara Lúcia Meneghetti Peres.
Instituição: Secretaria Estadual de Saúde / Departamento de Ações em Saúde / Seção de Saúde da Criança e Adolescente
Município: Porto Alegre
Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A redução da mortalidade infantil é prioridade do Governo do Estado do Rio Grande do Sul e da Secretaria Estadual de Saúde. Apresentando tendência histórica de queda, nos últimos dez anos mostrou uma estagnação de seu coeficiente em torno de 15 óbitos de menores de um ano para cada mil nascidos vivos. Em 2004, o Rio Grande do Sul apresentou 2312 óbitos infantis, e um CMI de 15,13.

Dos 496 municípios do Estado, constatou-se que os 15 mais populosos contribuíram com 1020 dos 2312 óbitos infantis, representando cerca de 44,11% do universo dos óbitos de menores de um ano no Rio Grande do Sul, conforme tabela abaixo:

Regionais de Saúde	Municípios	Óbitos infantis 2004
1ª CRS	Alvorada	57
	Canoas	67
	Gravataí	56
	Novo Hamburgo	58
	Porto Alegre	239
	São Leopoldo	35
	Viamão	54
3ª CRS	Pelotas	81
	Rio Grande	51
4ª CRS	Santa Maria	42
5ª CRS	Caxias do Sul	83
6ª CRS	Passo Fundo	60
7ª CRS	Bagé	40
10ª CRS	Santana do Livramento	38
	Uruguaiana	59

Visando incentivar a implantação de ações para a redução da mortalidade infantil nestes municípios, de forma que os mesmos pudessem contribuir significativamente para a diminuição dos óbitos infantis, foi instituído através da resolução CIB/RS nº 029/06, o prêmio "GESTÃO PELA VIDA", no valor de R$ 1.000.000,00, para ser distribuído aos municípios que atingissem a meta proposta aos prefeitos e secretários municipais em janeiro de 2005.

OBJETIVO

Reduzir em 20% ou mais o número absoluto de óbitos infantis durante o ano de 2005, em relação ao ano de 2004, através da implantação de ações nos municípios, em conjunto com a Secretaria Estadual da Saúde.

METODOLOGIA

Durante o ano de 2005, através de visitas sistemáticas realizadas pelos técnicos da Seção da Saúde da Criança e do Adolescente a esses municípios, em intervalos de 30 a 45 dias, foram implantadas, monitoradas e avaliadas as seguintes estratégias:

1-Qualificação do Pré-natal;
2-Regionalização da Assistência Perinatal;
3-Expansão do Programa Saúde da Família;
4-Incentivo ao Aleitamento Materno;
5-Vigilância Epidemiológica (e investigação) do óbito infantil;
6-Rede de proteção às crianças de risco;
7-Capacitação para atenção na rede básica – AIDPI, IRA e IUBAAM.

RESULTADOS

Em 2005, o Estado reduziu 307 óbitos. A redução foi de 13,27%. O CMI caiu de 15,13 para 13,64. Analisando o desempenho dos 15 municípios e correlacionando as estratégias com os óbitos reduzidos no Estado, obtivemos uma redução de 126 óbitos em 10 municípios (41,04% do total de óbitos reduzidos). É importante relatar que 103 destes óbitos foram reduzidos nos 7 municípios que foram premiados (33,55% do total de óbitos reduzidos). Nos outros 5 municípios do conjunto tivemos um aumento de 35 óbitos (acréscimo de 6,83% em relação aos óbitos ocorridos em 2004). Enquanto conjunto dos 15, a redução foi de 91 óbitos, representando 29,64% do total de óbitos reduzidos no Estado e 8,92% do total de óbitos do conjunto dos 15 municípios, aos quais foi proposta a estratégia. O comportamento destes 15 municípios está expresso na tabela a seguir:

Regional	Município	Óbitos 2004	Óbitos 2005	% redução
1ª CRS	Alvorada	57	49	14,03
	Canoas	67	81	20,89 (+)
	Gravataí	56	36	35,71
	Novo Hamburgo	58	40	31,03
	Porto Alegre	239	244	2,09 (+)
	São Leopoldo	35	28	20,00
	Viamão	54	45	16,66
3ª CRS	Pelotas	81	87	7,40 (+)
	Rio Grande	51	39	23,53
4ª CRS	Santa Maria	42	46	9,52 (+)
5ª CRS	Caxias do Sul	83	89	7,22 (+)
6ª CRS	Passo Fundo	60	36	40,00
7ª CRS	Bagé	40	30	25,00
10ª CRS	Santana do Livramento	38	26	31,58
	Uruguaiana	59	53	10,16

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES.

O sucesso para atingir as metas foi atribuído à parceria instituída entre Estado e Municípios e ao comprometimento dos gestores com a implantação das ações propostas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A redução da mortalidade infantil ainda é um desafio em nosso meio. A implantação de ações através de parcerias entre os técnicos da Secretaria Estadual, das Coordenadorias Regionais, das Secretarias Municipais e os gestores, associado a incentivos para o cumprimento das metas, mostrou-se nessa experiência como algo decisivo para a redução dos óbitos infantis no Rio Grande do Sul no ano de 2005.

O grupo de 10 municípios que se organizou foi responsável por 41,04% dos óbitos reduzidos, o grupo dos 7 premiados reduziu em 33,55%, o conjunto dos 15 municípios trabalhados impactou em 29,64% , os demais 481 municípios reduziram 16,71% e o Estado, como um todo, reduziu 13,27%.

VIVA A CRIANÇA

Autor principal: José Roberto Barreto Saraiva
Outros autores: Erico José Faustini; Eleonora Ghelen Walcher; Fulvia Elena Camporese Schuster; Werner Ervino Fetzner; Carlos Armando Ulrich Lima; Maria Natalia Gomes de Mello; Mara Lúcia Meneghetti Peres.
Instituição: Secretaria Estadual de Saúde / Departamento de Ações em Saúde / Seção de Saúde da Criança e Adolescente
Município: Porto Alegre
Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

É um programa desenvolvido pela seção da saúde da criança e do adolescente e visa articular esforços no sentido de melhoria da qualidade de vida, implantando e implementando diretrizes particularmente focadas na redução do número de óbitos de menores de 1 ano.

O coeficiente de mortalidade infantil é um dos indicadores mais fiéis utilizado para avaliar a qualidade de vida e da atenção em saúde oportunizada a uma determinada população.

A redução do CMI expressa de forma bastante sensível o investimento realizado no sentido da qualificação das ações de saúde, em especial, a atenção à gestante ao longo do pré-natal e da parturiente e do recém-nascido na sala de parto, considerando ser o componente neonatal precoce o predominante no Rio Grande do Sul.

OBJETIVO

Reduzir o coeficiente de mortalidade infantil no Rio Grande do Sul em 10 % no período de 1 ano, ao longo dos quatro anos de gestão.

METODOLOGIA

A equipe da seção da saúde da criança e do adolescente tem trabalhado desde 2003 com as seguintes diretrizes estratégicas:

1) Qualificação do Pré-natal;
2) Regionalização da Assistência Perinatal;
3) Expansão do Programa Saúde da Família;
4) Incentivo ao Aleitamento Materno;
5) Vigilância Epidemiológica (e investigação) do óbito infantil (Resolução CIB 147/03)
6) Rede de proteção às crianças de risco (Resolução CIB 146/03);
7) Capacitações para atuação na rede básica.

As diretrizes acima estão sendo implantadas pelos técnicos da seção de saúde da criança, junto aos 51 municípios do Rio Grande do Sul, considerados prioritários por abranger 70 % dos óbitos do Estado.

As visitas realizadas aos municípios são sistemáticas, com intervalo de 45 dias para monitoramento e avaliação das ações propostas e desenvolvidas.

A sensibilização dos gestores municipais no sentido da reorganização da rede de serviços de saúde vem ampliando o acesso precoce da gestante, bem como a detecção de alterações gestacionais mais precocemente, promovendo intervenção, em situações de risco, estruturando referências resolutivas de maior complexidade.

Implantou-se também a rede de proteção às crianças de risco, onde as crianças com determinados fatores de risco biológico e/ou social foram identificadas ainda dentro da maternidade e monitoradas durante o primeiro ano de vida.

RESULTADOS

Foi fundamental para o alcance do objetivo a parceria com os gestores municipais, desencadeando ações para a reorganização dos serviços de saúde em seus municípios, qualificando a atenção básica às gestantes e crianças durante o primeiro ano de vida.

Implementou-se o SISPRENATAL como ferramenta de gestão. O cadastro precoce das gestantes SUS subiu de 8% em 2003 para 45,26% em 2005, e 57,9% no 1º trimestre de 2006. A conclusão de assistência pré-natal subiu de 0,2% em 2003 para 8,53% em 2005, e 13,7% no 1º trimestre de 2006. Os nascimentos de muito baixo peso no Estado reduziram de 1,60 em 2003 para 1,28 em 2005,com impacto inédito e fundamental na redução da mortalidade neonatal precoce.

Houve redução no CMI de forma global, em 14 das 19 Coordenadorias de Saúde.

Comparação de alguns indicadores de saúde de 2002 a 2005 no Rio Grande do Sul.

	2002	2003	2004	2005	% redução
Nascidos Vivos	155.012	148.963	152.820	146.995	4,88
Óbitos < 1 ano	2.418	2.374	2.312	2.005	13,27
Óbitos < 7d	1077	1004	1097	978	10,84
CMI	15,60	15,94	15,13	13,64	7,6
CMNP	7,0	6,7	7,2	6,65	10
CMN	9,7	9,7	10,1	9,14	9,5
CMIT	6,0	6,2	5,1	4,50	11,7

A tabela acima apresenta uma série histórica comparando 2002 a 2005. O Programa Viva a Criança e suas estratégias para a redução da mortalidade infantil foi proposto em 2003 e plenamente implantado em 2004.

APRENDIZAGEM COM A VIVÊNCIA

A soma de esforços da equipe que trabalha com saúde da criança na Secretaria Estadual de Saúde e a parceria com os municípios, através de seus gestores, dos técnicos da área da saúde, entidades de classe e sociedade civil, nos quais foram desencadeadas ações para a redução da mortalidade infantil, foi fundamental para atingirmos esta expressiva redução no CMI.

A mobilização de vários setores e a sistemática de reuniões com os municípios para avaliação e monitoramento das ações foram as principais alavancas para obtenção das metas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hoje podemos dizer que grande parte da população gaúcha está sensibilizada e mobilizada para compreender e agir sobre as causas determinantes da mortalidade infantil perseguindo a meta maior que não é só a redução quantitativa, expressa pela queda do número de óbitos de menores de um ano e do coeficiente de mortalidade infantil, obtidos pela organização do acesso e da qualificação dos serviços de saúde disponibilizados à população, mas sim o avanço qualitativo no sentido de que o componente evitável dos nossos óbitos se reduza a percentuais que realmente reflitam a melhoria da qualidade de vida e de saúde de nossa população, conquistados através da educação e do acesso à informação.

Nosso desafio é conquistar um perfil de mortalidade no qual apenas as causas inevitáveis expliquem os óbitos infantis.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MATELÂNDIA; ESTADO DO PARANÁ

Autor principal: Joseane Fátima da Silva Biazus
Outros autores: Margarete Menoncin Debértolis
Instituição: Secretaria Municipal da Saúde de Matelândia
Município: Matelândia
Estado: Paraná

INTRODUÇÃO

No Brasil, a construção de um Sistema de Saúde democrático e eficiente é um processo ainda não concluído que desafia a competência política, a inteligência técnica e a capacidade de pactuação expressa pela atual sociedade.

A experiência até aqui acumulada dos atores da saúde mostra que há uma tarefa central urgente: disseminar habilidades profissionais e modelar uma nova cultura institucional capaz de dar vida aos princípios ideológicos, técnicos e operacionais sob os quais está desenhado o Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesta reflexão pretende-se abordar aspectos relevantes sobre a prática de construção democrática das ações em saúde no município de Matelândia, Estado do Paraná e os avanços obtidos no monitoramento e avaliação para realimentação dos Sistemas de Informações do Ministério de Saúde (MS) decorrentes da implantação do Sistema de Informação e Gerenciamento em Saúde (SIGSAUDE) na gestão municipalizada em co-participação com o Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Acredita-se que somente través do monitoramento e da avaliação pode-se identificar formas de superar as dificuldades e as limitações existentes na realidade observável. Além disso, entende-se que a avaliação por ser parte do processo de planejamento e importante instrumento de gestão, quando participativa, transforma-se em um processo de aprendizagem coletiva fundamental na formação de profissionais em saúde.

OBJETIVO E PROPÓSITO

A implantação da sistemática de monitoramento e avaliação de atenção básica em saúde tem como objetivo principal instrumentalizar a gestão municipal e consolidar a cultura avaliativa do próprio sistema de saúde.

METODOLOGIA

O trabalho na área da saúde, particularmente àquele de gestão em saúde, caracteriza-se por ser coletivo, exigindo, invariavelmente, a participação de vários profissionais para a consecução de seus objetivos. Esta participação pode ocorrer com diferentes níveis de integração: desde uma simples justaposição de tarefas até uma verdadeira integração entre os profissionais. Não obstante, exige a utilização de método que favoreça a discussão e busca de entendimento e consenso entre os atores sociais envolvidos, razão pela qual a Teoria da Ação Comunicativa (TAC) de Habermas (1987; 1989) forneceu subsídios teóricos às ações desenvolvidas pela gestão municipal em saúde.

Para a implantação do SIGSAUDE foram necessárias várias tomadas de decisões coletivas entre gestores e profissionais de saúde. Essas decisões constituíram o planejamento para a implantação do SIGSAUDE que visou, primeiramente a identificação de aspectos relevantes da Atenção Básica para serem monitorados e avaliados com destaque para a estratégia de Saúde da Família. Em seguida, pactuaram-se os indicadores da Atenção Básica com as equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e passou-se a monitorar mensalmente o pacto. Paralelo, desenvolveu-se o processo de informação continuada e de reeducação dos profissionais de saúde credenciados nas unidades de PSF através do autoconhecimento da relação de suas ações, com o custo e a produtividade resultante.

Os dados coletados e que permitiram esta reflexão, referem-se aos procedimentos realizados pelos profissionais para direcionar as ações de saúde, baseadas na prevenção e planejamento em saúde, a partir do conhecimento dos indicadores obtidos em uma investigação sistemática com usuários do sistema e em consulta as planilhas utilizadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) do município.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Ao assumir a Gestão Plena de Atenção Básica, o município de Matelândia passou a gerenciar todas as áreas de promoção à saúde. Com isso, implementou-se a gestão participativa que permite a efetiva colaboração da população,

com reivindicações e sugestões e, também fiscalização das ações realizadas, especialmente através do CMS.

Diversas ações voltadas à educação em saúde, tratamento e triagem de casos para a concessão de benefícios, atenção médico curativa, atenção odontológica, serviços de fiscalização sanitária e epidemiológica e outras, são desenvolvidas a partir da mudança do modelo de assistência à saúde firmado no PSF.

Em 2005, realizou-se a Quarta Oficina de Processo de Trabalho com as equipes do PSF, visando a educação continuada. Foi nesse momento que se concebeu que o SIAB deve ser utilizado como instrumento para planejar as ações bem como o desconhecimento do pacto dos indicadores de atenção básica, emergindo também a necessidade de se desenvolver um processo visando a promoção da cultura avaliativa dos profissionais da saúde. Decorreu, daí a decisão de se implantar o SIGSAUDE, software gerencial como instrumentos de auto-avaliação diferenciados que possibilitam a identificação de pontos críticos, o acompanhamento do processo de desenvolvimento desta estratégia e a busca constante de melhorias.

As primeiras dificuldades encontradas forma a insuficiência de recursos humanos capacitados, a enraizada cultura avaliativa dos profissionais de saúde com manifestações e resistências às mudanças, falta de equipamentos de informática, estrutura deficitária do SUS e a inexistência de recursos financeiros para o dispêndio.

Em aproximadamente seis meses, a Secretaria Municipal de Saúde conseguiu adquirir equipamentos de informática mínimos necessários e os softwares indispensáveis, readequou a estrutura física, contratou profissionais habilitados, realizou o pacto da atenção básica em saúde e iniciou o monitoramento e avaliação do SIGSAUDE e SIAB.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que os resultados alcançados, até então, com o SIGSAUDE têm contribuído para se evidenciar a eqüidade no uso dos serviços e, sobretudo, influenciado favoravelmente o planejamento e as ações de Atenção Básica em saúde, firmadas a partir do perfil e das necessidades de cada grupo populacional.

PEGADAS: UMA ESTRATÉGIA DE PARTICIPAÇÃO POPULAR PARA A ELABORAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE AMARGOSA/BA

Autor principal: Joseane Mota Bonfim
Outros autores: Daiana Cristina Machado Alves
Instituição: Secretaria Municipal de Saude
Município: Amargosa
Estado: Bahia

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

No processo de construção de um plano de governo, são utilizados diversos métodos, sendo na maioria das vezes elaborados projetos que não condiz a necessidade da população, portanto no intuito de constituir um governo que tenha como pilar a participação popular, o Governo: Amargosa, meu pedacinho de Brasil, utilizou como ferramenta o PEGADAS – Plano Estratégico de Gestão e Afirmação Democrático para uma Amargosa Sustentável, que por meio do processo de planejamento participativo, decidi sobre os caminhos e submete a maioria da população a construir um plano político com capacidade de impactar a realidade de saúde na cidade de Amargosa.

Dentro deste contexto social, onde o enfrentamento dos problemas de saúde é possível a partir de situações, espaços sociais definidos e da co-responsabilidade da população, o PEGADAS desenvolveu-se com enfoque interdisciplinar e participativo, valorizando assim o conhecimento local, as experiências bem sucedidas e a realidade de cada povoado, numa perspectiva de resgatar a participação popular como elemento importante na construção de uma sociedade sustentável e de um processo de organização, utilização e racionalização dos serviços de saúde.

OBJETIVOS

Discutir, identificar problemas e elaborar ações que favoreçam a implementação de políticas locais de saúde, através do estabelecimento de canais de participação popular, com decisões coletivas acerca das ações do poder municipal, tendo como desdobramento a construção coletiva do Plano Municipal de Saúde.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foram reuniões nos povoados, onde as pessoas foram divididas por grupo de idade e estimulados a identificar os problemas de saúde existentes nas suas localidades, através de oficinas e diagrama Venn. Enfocando o resgate da história local, concepção sobre saúde e co-responsabilidade e participação na construção de soluções para os problemas encontrados.

PRODUTOS: O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

A partir das reuniões do PEGADAS, onde foi debatido setorialmente as necessidades e pontecialidades do município com envolvimento do poder público e sociedade civil organizada, foram retirados os representantes das comunidades rurais e urbanas indicadas pelas Organizações não governamentais, sindicatos e associações e credenciados como delegados para representar as suas respectivas comunidade na Conferência Integrada de Amargosa – CONFIAR.

O poder local indicou como delegados natos os secretários municipais e para cada grupo de 50 funcionários, houve reuniões setoriais para escolhas dos delegados representando funcionários municipais. O conselho municipal de saúde foi delegado nato, tantos os titulares quantos suplentes.

APRENDIZADO COMO A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

Redirecionar o modo de se fazer saúde no Brasil foi o maior desafio de todo o processo. Herdeiro de um modelo de saúde baseado na lógica hospitalocêntrica e de um cenário político onde a exclusão alienou as pessoas.

Para contrapor a tal processo, foi necessário estabelecer canais em que governo e povo buscassem o consenso para elaborar, discutir e encaminhar propostas, com vista a construção de um plano inter-setorial e sustentável, norteador de ações do município tendo como ponto de partida indicações coletivas e demandada pelo cidadão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ficou evidenciado, durante o processo de trabalho, da necessidade de ampliar as concepções sobre a organização e prática em saúde nos serviços públicos, a importância da inclusão de outros setores, para que ocorra o atendimento integral da população e, o compartilhamento do poder entre o Estado e a sociedade na definição de políticas que atendam as reais necessidades da população.

Por fim, concluímos que muitas das dificuldades identificadas estão relacionadas ao não entendimento da população sobre a lógica do novo modelo de atenção a saúde, a fragmentação encontrada na organização dos serviços e o isolamento dos setores no processo da construção e definição de políticas públicas.

O ACESSO INTER-REFERÊNCIA (A.I.): UMA FERRAMENTA ESTRATÉGICA PARA GESTÃO DA PACTUAÇÃO

Autor principal: Josefa Lusitânia de J. Borges
Outros autores: Tina luiza Ribeiro Cabral; Emerson Luis Canonici
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Arcajú/NUCAAR
Município: Aracajú
Estado: Sergipe

Este trabalho tem como objetivo explicitar a experiência prática que vem sendo desenvolvida no município de Aracaju. O Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Estado de Sergipe definiu Aracaju como Município Pólo de Referência para os 74 municípios que compõe o Estado nas ações de média e alta complexidade ambulatorial, hospitalar, bem como urgência e emergência.

Os desdobramentos para a operacionalização e viabilização do acesso da população do interior aos serviços de saúde do município de Aracaju e a nossa experiência anterior na gestão de um sistema descentralizado de acesso dos usuários aos serviços de média e alta complexidade ambulatorial possibilitou que avançássemos de uma central de marcação para a criação de uma ferramenta online, via Web, denominada Acesso Inter-Referência (A.I.); capaz de fazer interface com o sistema regulatório e a qual funciona nos 74 municípios do Estado através de suas secretárias de saúde locais, desde novembro de 2004. A mesma permite estabelecer um canal de comunicação com a Central de Regulação possibilitando, uma relação interativa entre os reguladores e os operadores do A.I. já que facilita a organização do acesso pois, permite a identificação da necessidade de saúde; avançando assim para a operacionalização do princípio de equidade e rompendo com a fragmentação dos limites impostos pelo sistema de cotas.

A fim de tornar essa operação eficiente é realizado periodicamente encontro com os gestores municipais e foi disparado um processo de educação continuada junto aos operadores e outros profissionais envolvidos.

Conclui-se, portanto que esse sistema permite a realização de um diagnóstico das necessidades de saúde da população. Nesse sentido deixa de ter um papel apenas de acesso, no que diz respeito às metas pactuadas, para assumir um papel instrutivo-orientador, analisando as estratégias implementadas.

PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO EM SAÚDE

Autor principal: Josenalva Pereira da Silva Sales
Instituição: Prefeitura Municipal de Alcântara/MA
Município: Alcântara
Estado: Maranhão

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O planejamento e o gerenciamento de um sistema de saúde dependem de um conjunto de informações adequado que orientem o planejador quanto às necessidades de saúde da população possibilitando a definição de prioridades das ações, assim como da oferta de serviços existentes e sua capacidade de atendimento. Adotado como prática social, envolvendo uma ampla gama de atores da sociedade civil, o planejamento participativo caracteriza- se por um forte poder de aglutinação de pessoas e grupos e torna-se mais fácil o compromisso de todos em busca da concretização de ideais coletivos. Planejar participativamente partiu de um compromisso do gestor municipal em realizar pela primeira vez um plano de saúde participativo, pois entendemos que o planejamento não é tarefa apenas dos planejadores; deve ser desenvolvido também pelos atores envolvidos na ação e que não é fazer uma mera declaração de intenções ou lista de desejos. Requer decisões e ações imediatas contendo objetivos que possam ser alcançados. E foi desta forma que planejamos, ouvindo cada um dos participantes e trabalhando com a realidade em que o povo alcantarense vive.

OBJETIVOS

Elaborar o Plano Municipal de Saúde – PMS com a participação de todos os atores envolvidos, concretizando as expectativas da população focadas no aprimoramento da sua qualidade de vida; conhecer as necessidades de saúde da população e a sua ordem de prioridade.

METODOLOGIA

A primeira etapa desenvolvida deu-se com a realização de uma oficina de trabalho para levantamento de subsídios para elaboração do plano. O objetivo principal foi construir a árvore de problemas com preenchimento do quadro contendo problema, estratégia, objetivo, diretriz e meta. Participaram do evento 160 pessoas. Foram formados 5 grupos de trabalhos onde cada um contou com representante das três Esferas de governo, Conselho Municipal de Saúde, Câmara de Vereadores, ONG's, profissionais de saúde e sociedade civil.Destaca-se o apoio do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS.

DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHOS EM GRUPO

A coordenação de cada grupo foi feita por um

técnico da Coordenação Geral de Planejamento do Ministério da Saúde (CGPL/SPO/SE/MS) e por um auxiliar da Secretaria Municipal de Saúde. O coordenador promoveu a apreciação comentada da síntese do Plano Nacional de Saúde, enfatizando a sua estruturação e as formas de abordagem contidas nos objetivos, diretrizes, metas, monitoramento e avaliação. Distribuiu três tarjetas para cada participante e solicitou que cada um identificasse dois problemas (de preferência, um relacionado à atenção propriamente dita e outro à gestão), lembrando que estes problemas deveriam ser aqueles que considerassem prioritários, e que deveriam ser avaliadas a viabilidade de sua solução. Após levantar e analisar com o grupo os problemas apontados, o coordenador levou o grupo a colocá-los em ordem de prioridade. Após isso, montou a respectiva árvore e formulou perguntas que levassem os participantes a indicar:

- o(s) objetivo(s) que se pretendia(m) alcançar no enfrentamento ou superação de cada problema;
- a(s) diretriz(es) para alcance do(s) objetivo(s);
- a(s) meta(s) pretendida(s) no período do futuro Plano Municipal de Saúde ;
- a(s) proposta(s) para o monitoramento e a avaliação do PMS.

Para cada indagação/provocação feita, o coordenador obteve de cada participante, no máximo, 3 tarjetas escritas. Em seguida, fez uma síntese oral dos consensos obtidos no grupo para a sua apresentação na plenária final. Ao final dos trabalhos, foram escolhidos representantes de cada grupo para a continuidade da elaboração, monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Saúde de Alcântara.

RESULTADOS

O Plano Municipal de Saúde traz a ousadia dos alcantarenses em visualizar um futuro melhor. Foram discutidos

e pactuados objetivos factíveis e alcançáveis. Foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 24 de agosto de 2005 e compreende 19 objetivos e 68 metas. Seu período de vigência será 2005/2008.

ASPECTOS FACILITADORES E RESTRITIVOS NO DESENVOLVIMENTO DA ATIVIDADE DE PLANEJAMENTO

Aspectos Facilitadores

1. Apoio do Gestor local e do Conselho Municipal de Saúde;
2. Colaboração da equipe da área de planejamento do Ministério da Saúde na operacionalização do processo;
3. Financiamento da OPAS para realização do evento;
4. A participação e o interesse dos representantes da sociedade civil.

Aspectos Restritivos

1. Pouca participação da Secretaria Estadual de Saúde na continuação do processo;
2. Ausência de informações importantes no banco de dados municipal de anos anteriores;
3. Falta de um plano de saúde vigente;
4. Deficiência de recursos humanos na Divisão de Planejamento do município.

CONCLUSÃO

Todos os que alguma vez se envolveram em um planejamento sabem que a sua riqueza está no processo de discussão e análise que leva ao diagnóstico situacional, à visão do futuro desejável e ao estabelecimento dos objetivos e programas de trabalho. Constitui-se em nosso instrumento de gestão elaborado de forma participativa e legitimado pelo poder público local.

PREVENÇÃO E COMBATE AO CÂNCER DA PRÓSTATA

Autor principal: Josiane Terezinha Hentz Schneider
Instituição: Prefeitura Municipal de Mato Queimado
Município: Mato Queimado
Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

A próstata é uma glândula do aparelho reprodutor masculino situada na base da bexiga, dentro da qual passa a uretra, por onde sai a urina. No Brasil, é o quarto tumor responsável por mortes por câncer. Quando está confinado à próstata, o tratamento pode ser cirúrgico ou radioterápico, com altas chances de cura. Quando a doença se dissemina para fora da próstata seu progresso é lento, porém fatal.

O diagnóstico do câncer de próstata consta de palpação digital da próstata (toque retal) e da dosagem no sangue do PSA (Antígeno Prostático Específico). O PSA é uma substância produzida pela próstata que aumenta quando ela está doente. A presença de alteração do PSA não quer dizer que se trate de câncer, pois existem outras doenças que também levam a um aumento, entretanto é um importante orientador para outras investigações. Estas medidas devem ser iniciadas aos 40 anos. Devem ser antecipadas em 5 anos na presença de maior risco, como no caso de história de câncer de próstata na família e para indivíduos da raça negra.

JUSTIFICATIVA

O câncer da glândula da próstata, atinge um em cada seis homens e segundo o INCA, o Instituto Nacional do Câncer, em 2002 foram diagnosticados no país mais de 32 mil novos casos da doença e 7.870 pessoas acabaram morrendo por causa dela. No nosso município, no ano de 2004 foram diagnosticados 3 casos de hiperplasia maligna e 10 homens com diagnostico de hiperplasia benignas. Diante desses dados sentiu-se a necessidade de implantação de um programa específico para esta área. Outro fator importante é o alto custo cobrado pelos laboratórios, limitando o atendimento somente para uma determinada classe social. Através deste projeto, todos tiveram oportunidades iguais e foram atendidos gratuitamente, desde os exames, consultas urológicas, e cirurgias.

OBJETIVO GERAL

Levar o maior número possível de homens acima de 40 anos, a participarem vindo assim a detectar o Câncer de Próstata em seu estágio inicial, quando houver reduzindo assim a morbi-mortalidade por câncer de próstata no município.

OBJETIVO ESPECIFICOS

- Diagnosticar e identificar precocemente as hiperplasias prostáticas;
- Ampliar o conhecimento sobre a anatomia, a função da glândula e os sintomas da hiperplasia, bem como os fatores de risco no desenvolvimento do câncer;
- Romper a barreira do preconceito existente em torno desses exames;
- Introduzir hábitos alimentares saudáveis entre a população masculina;
- Fornecer tratamentos especializados para todos os casos avaliados e requisitados pelo médico da unidade;

METODOLOGIA

Divulgação através do rádio local e jornais textos e mensagens sobre o programa; Realização de um encontro em cada localidade onde foram debatidos os objetivos através de recursos humanos e didáticos, no decorrer do mês de abril; Visitas domiciliares de convencimento aos homens que demonstraram maior resistência; Realização de inscrições aos interessados em participar do programa, no mês de maio de 2005; Realização de coleta de sangue dos inscritos para exame de PSA Total e Livre encaminhando ao laboratório, durante o mês de junho; Agendamento de consultas médicas para avaliação do exame com realização do exame do toque retal, durante os meses de julho, agosto e setembro; Encaminhamento para realização de exames especializados e cirurgias, se necessário, durante os meses de agosto, setembro e outubro; Realização de uma pesquisa de satisfação da comunidade com relação ao projeto, no mês de outubro.

RESULTADOS

Participaram do projeto 297 homens, sendo 68% da população masculina acima de 40 anos. Foram diagnosticados

42 casos alterados, ou seja, 14% da população atendida pelo programa. Desses, 32 foram apenas medicados e orientados a repetir os exames em um ano, 3 realizaram cirurgia RTU de próstata, 1 realizou cirurgia prostatectomia, 2 realizaram ecografia de próstata sendo que o resultado foi normal, foram portanto, apenas medicados e orientados a repetir em 1 ano e 4 realizaram ecografia de próstata transretal com biópsia sendo que 3 obtiveram resultado normal e 1 alterado, este alterado foi encaminhado para cirurgia.

APRENDIZADO

A avaliação do projeto foi considerada favorável já que em poucos meses podemos observar os resultados. Consideramos um ponto positivo, o carinho recebido da comunidade pela implantação deste projeto. Além disso realizou-se uma pesquisa de satisfação da comunidade em relação ao projeto, sendo que 100% considerou-o de extrema importância e optou pela continuidade nos próximos anos, tanto que neste mês, já estamos realizando as inscrições para execução do projeto durante 2006. A maior dificuldade encontrada foi o preconceito existente em torno desses exames e temos a convicção de que os homens que não participaram foi exclusivamente por esse fator cultural. Para 2006, 2ª edição do projeto, estamos percebendo uma maior adesão, já que surgiram muitos casos positivos no ano de 2005.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No dia 08 de novembro de 2005 o município foi contemplado com o troféu "Prêmio Gestor Público" pelo SINDAF - Sindicato dos Auditores de Finanças Públicas do Estado do Rio Grande do Sul. Foram 10 troféus para todo Estado, nas mais diversas áreas sendo que o único da área da saúde foi o de Mato Queimado, os demais eram da área da educação e meio ambiente. Com certeza, esse reconhecimento a nível de Estado vem contribuindo para trabalhemos cada vez mais e melhor a saúde em nosso município.

Também, o projeto foi selecionado a nível de 12ª Coordenadoria Regional de Saúde para ser apresentado no Encontro macro-regional de Humanização, por seu caráter inovador, que proporcionou igualdade de atendimento a todos os munícipes.

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE: O DESAFIO DA CONSTITUIÇÃO DOS SUJEITOS NA CONSTRUÇÃO DE PROJETOS DEMOCRÁTICOS.

Autor principal: Josimari Telino de Lacerda
Outros autores: Ângela Maria Blatt Ortiga; Flávio Ricardo Liberali Magajewski
Instituição: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
Município: Florianópolis
Estado:Santa Catarina

Os Planos de Saúde constituem importante instrumento de orientação das políticas do setor e devem se adequar às diretrizes do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo e realidade local. O Plano de Saúde deve contemplar as perspectivas de todos os atores envolvidos no setor frente às necessidades epidemiológicas, estruturais e assistenciais identificadas a cada período. O presente trabalho tem por objetivo socializar a experiência pioneira de Santa Catarina na elaboração do Plano Estadual de Saúde em 2005, com envolvimento do controle social. A metodologia constituiu-se de reuniões setoriais e ampliadas na forma de seminário e plenária que constituíram fóruns de discussão. As discussões tiveram como ponto de partida um consolidado de quinze documentos oficiais e atualização do diagnóstico situacional de saúde. O consolidado reuniu propostas constantes em relatórios e planos estruturantes da Secretaria de Estado da Saúde aprovados nas instâncias competentes no período entre 2003 e 2005. No seminário utilizou-se dinâmicas de grupo e planilhas específicas onde foram identificados os problemas prioritários, à luz do diagnóstico situacional, e definidas as ações e metas para o seu enfrentamento. Os eixos orientadores das prioridades no âmbito estadual seguiram a estrutura apresentada no Plano Nacional de Saúde de 2004 quais sejam: (1) a redução das desigualdades em saúde; (2) a ampliação do acesso com a qualificação e humanização da atenção; (3) a redução dos riscos e agravos; (4) a reforma do modelo de atenção; e (5) o aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social. Do seminário e plenária participaram 87 pessoas entre representantes do Conselho Estadual de Saúde, das Secretarias de Estado de Desenvolvimento Regional, da Comissão Intergestora Bipartite e técnicos da SES, além de técnicos do Ministério da Saúde. A construção de consenso democrático entre atores de diferentes universos, percepção e interesses no âmbito da saúde foi a principal dificuldade na construção coletiva do Plano Estadual de Saúde. A participação da sociedade em instâncias de elaboração, deliberação e decisão das políticas públicas de saúde, apesar de um direito constitucional mantém-se como um desafio na consolidação do SUS e constitui processo de aprendizado para gestores, técnicos e representantes do controle social.

CONTEXTUALIZAÇÃO DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO DE PSF COM ENFOQUE NA PARTICIPAÇÃO POPULAR.

Autor principal: Josué da Silva Sicsú
Outros autores: Jonilda Hugen Souza Vieira
Instituição: Secretaria Municipal de Vale do Paraíso/RO
Município: Porto Velho
Estado: Rondônia

INTRODUÇÃO

As dificuldades enfrentadas pelos municípios de pequeno porte, freqüentemente, aparecem nos discursos dos gestores municipais que alegam a falta de investimentos em saúde atribuídas à falta de recursos financeiros. Filas nos postos de saúde, falta de medicamentos básicos, atendimento desumanizado, escassez de equipamentos essenciais, número insuficiente de profissionais e má administração de recursos públicos, são alguns dos problemas enfrentados pela população que vive em pequenos municípios brasileiros. "A estratégia Saúde da Família propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e acima de tudo resolutiva à população na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com suas reais necessidades, identificando os fatores de riscos, aos quais ela está exposta, e nele intervindo de forma apropriada" (SOUZA, 2000). O reconhecimento da necessidade de investimentos na atenção primária de saúde, por meio de ações preventivas e participativas em nível local, reconhecendo-se o direito do ser humano (usuário) de acesso a um ambiente saudável, de ser informado e ter uma atenção de qualidade com relação a sua saúde, poderá ser estimulado a assumir o papel de preservador e construtor da qualidade do seu ambiente de trabalho (serviço de saúde). O papel do profissional de saúde é de fundamental importância para estimular, mobilizar e qualificar a participação popular nos espaços de controle social e nas políticas de saúde, tendo como conquista a transformação da realidade, através da melhor utilização dos recursos disponíveis junto à comunidade em seu entorno imediato. Isto significa tornar-se um sujeito participativo do espaço no qual cresce, trabalha, se diverte, reproduz e vive, de forma a respeitar os princípios éticos e de justiça social. Segundo Valla (2006), uma das formas de participação popular mais utilizada é a do mutirão, que se trata de um apelo, de um convite ä população, principalmente a que mora nos bairros periféricos e favelas, para que realiza, com seus próprios trabalhos, tempo de lazer e, às vezes, dinheiro, ações e obras da responsabilidade do governo. Diante das condições precárias de estrutura física da Unidade Mista de Vale do Paraíso / RO, com 10.104 habitantes (IBGE, 2003) o enfermeiro da equipe de Saúde da Família realizou levantamento dos moradores/população do bairro que estariam dispostos a colaborar na recuperação e revitalação da UBS.

CONTEXTUALIZAÇÃO DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO DE PSF COM ENFOQUE NA PARTICIPAÇÃO POPULAR

Introdução: O papel do profissional de saúde é de fundamental importância para estimular, mobilizar e qualificar a participação popular nos espaços de controle social e nas políticas de saúde, tendo como conquista a transformação da realidade, através da melhor utilização dos recursos disponíveis junto à comunidade em seu entorno imediato. Segundo Valla (2006), uma das formas de participação popular mais utilizada é a do mutirão, que se trata de um apelo, de um convite à população, principalmente a que mora nos bairros periféricos e favelas, para que realiza, com seus próprios trabalhos, tempo de lazer e, às vezes, dinheiro, ações e obras da responsabilidade do governo.

Objetivo: Recuperar a estrutura física e equipamentos da Unidade Básica de Saúde do município de Vale do Paraíso - RO, através da participação da comunidade coordenada pela ESF, principalmente pelo enfermeiro que idealizou a proposta junto às lideranças.

Metodologia: Através de convite encaminhado aos moradores do município de Vale do Paraíso/RO para encontro e apresentação das condições precárias e insalubres que a estrutura física da Unidade Mista se encontrava, mediante registro fotográfico e visita posterior in loco.

Resultados: Identificação de potencialidades, estímulo do uso individual e coletivo da criatividade e a efetivação da participação popular, reconhecimento e valorização dos profissionais do seu espaço produtivo, consolidação do profissional de saúde nas atividades que envolvem a comunidade transcendendo o "espaço físico" do serviço de saúde, efetivação da prática do controle social.

Conclusão: Aproximação da população do gestão da saúde pública, provocando melhoria na qualidade dos serviços oferecidos. Propiciou avanços legais, incluindo os Conselhos Municipais de Saúde, levando a transformações efetivas na realidade dos serviços, envolvimento mais efetivo da população através de grupos prioritários mediante a estratégia saúde da família e dos Conselhos Locais de Saúde, exercício do papel profissional na mudança de concepção da população assistida.

Bibliografia:
VALLA, V. V. Sobre Participação Popular: Uma Questão de Perspectiva, Cad. Saúde Pública v.14 supl.2, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro 2006.

Enfermeiro, Especialista em Educação Profissional Área de Saúde: ENFERMAGEM, Plantonista Hospital e Pronto Socorro João Paulo II , Porto Velho RO, e-mail: josuesicsu@hotmail.com (69) 9242-7532.
Enfermeira, Especialista em Saúde da Família Coordenadora PSF , Itajaí SC.
Josué da Silva Sicsú
Jonilda Hugen Souza Vieira

OBJETIVO

Recuperar a estrutura física e equipamentos da Unidade Básica de Saúde do município de Vale do Paraíso - RO, através da participação da comunidade coordenada pela ESF,

principalmente pelo enfermeiro que idealizou a proposta junto às lideranças.

MATERIAL E MÉTODOS

Através de convite encaminhado aos moradores do município de Vale do Paraíso/RO, formulado pelo enfermeiro da equipe de saúde da família para conhecer a proposta e a dimensão dos recursos necessários a serem investidos. Foram apresentadas as condições precárias e insalubres que a estrutura física da Unidade Mista se encontrava, mediante registro fotográfico e visita posterior in loco.

RESULTADOS

Através deste trabalho, conseguimos identificar as potencialidades, estimular o uso individual e coletivo da criatividade e a efetivação da participação popular, nas responsabilidades do espaço de uso comum, bem como o reconhecimento e valorização dos profissionais do seu espaço produtivo. A consolidação do comprometimento do profissional enfermeiro nas atividades que envolvem a comunidade transcendendo o "espaço físico" do serviço de saúde, efetivando a prática do controle social.

CONCLUSÃO

O processo de descentralização e municipalização do Sistema Único de Saúde visa aproximar a população da gestão da saúde pública, provocando melhoria na qualidade dos serviços oferecidos. Os avanços legais, incluindo os Conselhos Municipais de Saúde, no entanto, não têm levado a transformações efetivas na realidade dos serviços, necessitando um envolvimento mais efetivo da população através de grupos prioritários como é o caso da estratégia saúde da família e dos Conselhos Locais de Saúde que exercem papel fundamental na mudança de concepção da população assistida.

Palavras – chave: participação popular, qualidade de vida, estratégia saúde da família.

ANALISANDO O TEMPO DE PERMANÊNCIA DE 6 HOSPITAIS PÚBLICOS DE PERNAMBUCO EM COMPARAÇÃO COM OS PARÂMETROS DO SUS; UTILIZANDO OS DADOS DO SIH/SUS

Autor principal: Kátia Cristina Guimarães Correia da Silva
Outros autores: Maria Emília Higino; Suzana Rosas Lopes; Ivette Maria Buril de Macêdo; Ligia Ferreira Lima; Ana Paula Muniz; Lindanita Guerra Galvão; Rosa Suruagy; Zelma Pessoa
Instituição: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Município: Recife
Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO

Na era da informação e do conhecimento, é preciso fazer com que as instituições públicas tenham cada vez mais acesso às informações e façam uso das descobertas mais recentes para programar as políticas de saúde. Neste setor, a informação é fundamental para o diagnóstico situacional e conseqüente otimização dos recursos disponíveis aliada a qualidade assistencial.

O gerenciamento assistido é caracterizado pelo uso de métodos quantitativos e procura integrar subjetivismo e objetividade a partir de dados concretos, além de reconhecer e administrar a existência de variabilidade, entre outras características. Segundo o Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM, 2001) os componentes da qualidade assistencial são: segurança efetividade, foco no paciente e em suas necessidades, oportunidade e eqüidade. Para avaliar esta qualidade é necessário traduzir os conceitos e definições gerais em critérios operacionais, parâmetros e indicadores, validados e calibrados pelos atributos da estrutura, processo e resultados (DONABEDIAN, 1988).

Entendendo que é importante definir o papel dos hospitais dentro do sistema de saúde da sua região, foi elaborado um estudo para avaliar e comparar 6 hospitais públicos de Pernambuco, de médio e grande porte, quanto aos indicadores assistenciais com foco no perfil e no resultado das ações em comparação com os parâmetros do SUS, utilizando um sistema de informação oficial do Ministério da Saúde (SIA, SIH).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1)Coletar dados de produção destes Hospitais, através dos sistemas de informação TAB SIA e SIH / DATASUS; 2) Analisar o desempenho com base na capacidade instalada (número de leitos, recursos humanos); 3) Comparar os dados obtidos com o desempenho estimado pela tabela de procedimentos de custeio do SUS, tendo como base de análise a média de permanência dos procedimentos produzidos.

METODOLOGIA

No estudo aplicado, do tipo exploratório e descritivo, foi utilizada a produção do período julho de 2004 a junho de 2005, enquanto as informações sobre Capacidade Instalada e Recursos Humanos foram obtidas através de pesquisa direta com os hospitais, pois o CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimento de Saúde) não se mostraram informações fidedignas .

Os hospitais avaliados foram: Hospital Agamenon Magalhães, Hospital Barão de Lucena, Hospital Geral Otávio de Freitas, Hospital Getúlio Vargas, Hospital da Restauração, todos localizados na cidade de Recife e o Hospital Regional do Agreste, localizado na cidade de Caruaru. Esses hospitais são de médio e grande porte, referência de média e alta complexidade para todo de Estado de Pernambuco (em torno de 8.400.000 habitantes), principalmente para Macro Recife (em torno de 5.000.000 habitantes) e Macro Caruaru (em torno de 2.400.000).

As clínicas foram analisadas conforme o perfil organizacional de cada hospital e a produção de procedimentos coletados foram agrupados seguindo este perfil. Os indicadores assistenciais avaliados foram capacidade instalada, média de permanência e taxa de ocupação. Obtendo-se a média ponderada dos procedimentos agrupados de acordo com o perfil organizacional, calculou-se a média ponderada do tempo de permanência dos procedimentos realizados comparando-a com a média de permanência padronizada pela tabela de procedimentos SIH-SUS.

RESULTADOS e COMENTÁRIOS FINAIS

Os hospitais internam entre 34% a 56% de sua capacidade instalada se compararmos pelo padrão da tabela de

procedimentos SIH-SUS. Esse fato ocorreu devido a um maior tempo de permanência nas unidades que variou de 1,5 a 2,4 vezes mais do que o tempo estimado pelo SUS e a taxa de ocupação reflete, na maioria dos hospitais uma situação de ocupação total e às vezes superlotação, com exceção de duas unidades (quadro 1). O estudo foi importante para que pudesse avaliar a assistência prestada, analisar os resultados conjuntamente com a direção dos hospitais, definir áreas críticas e metas para ajuste operacionais, identificar mecanismo de monitoramento da assistência prestada e definir a necessidade de aprofundar estudos no custeio dos serviços de produção dos hospitais de médio porte. Apesar das dificuldades de se adaptar a tabela de procedimentos da tabela SUS com o organograma dos hospitais, o acompanhamento e a análise do desempenho, através dos sistemas de informação oficiais são ágeis e transparentes, estando sempre disponível para os diversos níveis de gestão e permitem uma avaliação com um padrão definido, bem como o uma base para análise do custeio dos procedimentos do SUS enfocando o cálculo de diária paga na tabela do procedimento. A apresentação e discussão dos dados com os hospitais estudados mostram o início de um maior compromisso com o gerenciamento assistido e o desenvolvimento de uma cultura de trabalhar com a informação em saúde procurando integrar o sistema de informação oficial buscando definir indicadores assistenciais e um padrão externo de avaliação.

Quadro 1 – Comparativo dos indicadores dos hospitais e o padrão SUS, julho/04 a junho/05.

Indicadores	Hospitais											
	HAM	SUS	HBL	SUS	HGOF	SUS	HGV	SUS	HR	SUS	HRA	SUS
Nº leitos	308	-	333	-	394	-	321	-	666	-	214	-
Nº AIH	10.376	32.455	11.429	31.811	9,372	27.411	13.586	26.601	23.104	40.904	6.916	16.085
Média Perman.	8,8	3,9	6,6	4,0	12,4	5,2	7,8	3,8	8,2	4,4	7,1	4,0
Taxa (%) ocupação	95,8	100,0	68,0	100,0	101,4	100,0	116,6	100,0	109,5	100,0	77,3	100,0

ESTUDO COMPARATIVO DO CUSTEIO DAS INTERNAÇÕES DE 6 HOSPITAIS DE PERNAMBUCO COM BASE NOS PARÂMETROS DE REPASSE DO SUS

Autor principal: Kátia Cristina Guimarães Correia da Silva
Outros autores: Maria Emília Higino; Suzana Rosas Lopes; Ivette Maria Buril de Macêdo; Lígia Ferreira Lima; Ana Paula Muniz de Melo; Lindanita Guerra Galvão; Zelma pessoa; Rosa Suruagy
Instituição: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Município: Recife
Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO

A importância da informação na sociedade moderna vem crescendo e assumindo um papel estratégico de poder em todas as áreas.

Conceitualmente, o sistema de informação em saúde é um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para saúde, avaliar eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados (WHITE, 1980). Portanto, devem abranger as informações relativas ao processo saúde/doença e as de caráter administrativo, todas essenciais ao processo de tomada de decisão.

Entendendo a importância da contratualização dos serviços de saúde como instrumento de regulação e de avaliação dos resultados na prestação desses serviços, tendo como objeto de contrato o estabelecimento de metas por produção e metas de qualidade, realizou-se um estudo comparativo do custeio das internações hospitalares com base no parâmetro de repasse do SUS e das realidades apresentadas em 6 hospitais de porte III e IV (portaria GM nº2.224 de 2002) da rede estadual de Pernambuco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1)Coletar dados de produção destes Hospitais, através dos sistemas de informação TAB SIA e SIH / DATASUS; 2) Analisar o desempenho com base na capacidade instalada e na produção do hospital; 3) Comparar os dados obtidos com o desempenho estimado pela tabela de procedimentos de custeio do SUS, tendo como base de análise a quantidade de AIH que o hospital poderia produzir em 12 meses de acordo com a sua capacidade instalada.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo aplicado, do tipo exploratório e descritivo, levando em consideração a produção do período julho de 2004 a junho de 2005, enquanto as informações sobre Capacidade Instalada foram obtidas através de pesquisa direta com os hospitais, pois o CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimento de Saúde) não se mostraram informações fidedignas .

Os hospitais avaliados foram: Hospital Agamenon Magalhães, Hospital Barão de Lucena, Hospital Geral Otávio de Freitas, Hospital Getúlio Vargas, Hospital da Restauração, todos localizados na cidade de Recife e o Hospital Regional do Agreste, localizado na cidade de Caruaru. Esses hospitais são de médio e grande porte, referência de média e alta complexidade para todo de Estado de Pernambuco. Foi levado em consideração o perfil organizacional de cada hospital para avaliação da produção. Os indicadores de produção avaliados foram taxa de produtividade, valor médio por AIH, a relação quantidade de AIH e produção do hospital e percentual da receita SUS. A taxa de produtividade do hospital foi obtida dividindo-se a quantidade de AIH que o hospital produziu no período estudado pela quantidade de AIH que ele poderia ter produzido conforme sua capacidade instalada segundo o SUS e multiplicando-se por 100.

RESULTADOS e COMENTÁRIOS FINAIS

A taxa de produtividade dos hospitais variou de 31,9% a 56,8%. Do valor que o SUS poderia pagar, os hospitais estudados utilizaram um percentual que variou de 42% a 60% da receita SUS, ou seja, se compararmos com o SUS, considerando a relação custo-efetividade, o percentual de perda dos hospitais variou entre 40% a 58%. Nesta análise, levou-se em consideração o tempo de permanência nas unidades que foi maior que o tempo estimado pelo SUS em todos os hospitais. Sendo assim, o número de AIH's se apresentou bem aquém do

que os hospitais poderiam produzir conforme sua capacidade instalada, fazendo com que o valor médio por dia de internamento seja reduzido (quadro 1). Os resultados apresentados foram analisados em conjunto com a direção dos hospitais e foram importantes não apenas para diagnosticar e avaliar uma determinada situação, assim com auxiliar na tomada de decisões sobre respostas a serem implementadas, bem como acompanhar e controlar a execução das metas contratualizadas e avaliar o impacto alcançado sobre a situação de saúde inicial. Apesar das dificuldades de se adaptar a tabela de procedimentos da tabela SUS com o organograma dos hospitais, o acompanhamento e a análise do desempenho, através dos sistemas de informação oficiais são ágeis e transparentes, estando sempre disponível para os diversos níveis de gestão e permitem uma avaliação com um padrão definido, bem como uma base para análise do custeio dos procedimentos do SUS enfocando o cálculo de diária paga na tabela do procedimento. O debate a respeito do tema é tanto mais oportuno, quando se aprofunda o processo de municipalização de serviços no Brasil, quando os financiadores, controladores do sistema e clientela terão que considerar a efetividade e qualidade de centenas de sistemas praticamente independentes. A apresentação e discussão dos dados com os hospitais estudados são o marco para um maior compromisso com o gerenciamento assistido e o desenvolvimento de uma cultura de trabalhar com a informação em saúde procurando integrar o sistema de informação oficial buscando definir indicadores de produção e procurando relacionar essas produções com os parâmetros esperados.

Quadro 1 – Comparativo entre os indicadores de produção e o SUS, julho/04 a junho/05.

Indicadores	Hospitais											
	HAM	SUS	HBL	SUS	HGOF	SUS	HGV	SUS	HR	SUS	HRA	SUS
N° leitos	308	-	333	-	394	-	321	-	666	-	214	-
Nº internamentos	10.376	32.455	11.429	31.811	9,372	27.411	13.586	26.601	23.104	40.904	6.916	16.085
Nº de Internamentos por Leito*	36,7 / ano	105,4 / ano	34,3 / ano	95,5 / ano	23,8 / ano	69,6 / ano	42,3 / ano	82,8 / ano	34,7 / ano	61,4 / ano	32,0 / ano	75,2 / ano
Taxa de produtividade (%)	31,97	100,0	35,9	100,0	34,2	100,0	51,1	100,0	56,5	100,0	43,0	100,0
Valor médio da AIH por di a de permanência(R$)	54,74	123,39	57,43	95,71	35,46	84,36	53,72	109,22	55,83	104,6	48,59	85,13
% receita SUS	44,4	100	60,0	100	42,0	100	49,2	100	53,4	100	57,1	100

SISTEMA DE PLANEJAMENTO; MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE – SISPLAM

Autor principal: Kátia Luciene Ramos Rodrigues
Outros autores: Jonice Maria Ledra Vasconcellos; Michelle Feversani Prolo; Maria da Conceição Cardoso Álvares; Nereide Herrera Alves de Moraes;Marcos Antônio Dantas de Lima; Mauro Marques de Oliveira Filho; Marcelo Tadeu Ferreira Farago Garcia; Jean Pierre Ernest Küng; J
Instituição: Ministério da Saúde
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

Na condição de gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, o Ministério da Saúde – MS, busca participar efetivamente do compromisso do Governo para com a mudança, destinada a construir uma sociedade dinâmica e moderna e promover o desenvolvimento sustentado, com inclusão e eqüidade social.

Nessa direção, considera-se como uma das iniciativas importantes o planejamento, poderoso instrumento da gestão na medida em que significa fazer diferente e melhor – em termos de processo e metodologia – o que se está fazendo, o que envolve também mudanças, procedidas em função das transformações que ocorrem permanentemente no ambiente – dentro e fora da organização – e nas suas relações sociais. Essas mudanças obrigam a organização a reagir aos desafios e conflitos, buscando assim a sua adaptação.

No âmbito do MS, o planejamento tem se pautado, principalmente, no atendimento das demandas internas e externas. Embora responda a estas demandas, o sistema de planejamento no MS tem se ressentido de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do trabalho e contribuam pró-ativa e efetivamente para a melhoria da atenção à saúde e da gestão do Sistema, inclusive no tocante à reorientação das ações. Trata-se, na realidade, de consolidar no MS o processo de planejamento em seu sentido amplo e de apoiar o seu desenvolvimento nas demais esferas de gestão do SUS.

O estabelecimento de uma programação detalhada e o efetivo monitoramento do seu desenvolvimento deverá permitir a identificação de restrições, a superação de problemas e a correção de rumos, constituindo numa estratégia essencial para a revisão do Plano Plurianual - PPA, para a implementação do Plano Nacional de Saúde e para o processo de avaliação.

Nesse sentido, a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento iniciou um trabalho que busca a institucionalização do processo de planejamento, cujo primeiro passo foi à estruturação e implementação do Sistema de Planejamento, Monitoramento e Avaliação de Ações em Saúde – Sisplam. Desenvolvido com o apoio da Subsecretaria de Assuntos Administrativos, do Departamento de Informática do SUS e com o envolvimento das áreas de planejamento dos órgãos e entidades do MS, a partir de um sistema doado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO. A primeira versão do Sisplam foi desenvolvida em 2004, através da realização de um projeto piloto com as iniciativas prioritárias do MS. Já em 2005, o Sistema foi efetivamente implantado em todos os órgãos e entidades do MS.

O Sisplam abrange a programação, o monitoramento e avaliação dos resultados das ações e destina-se a subsidiar os órgãos e entidades na organização do processo de trabalho e na implementação dos programas e ações sob sua responsabilidade. È um instrumento de gestão para auxiliar os gestores no acompanhamento dos programas e ações do PPA, bem como de planos ou projetos específicos do MS, de forma a subsidiar os órgãos e entidades na organização do processo de trabalho interno e na implementação dos programas e ações sob sua responsabilidade.

O Sisplam visa aperfeiçoar o processo de planejamento no MS, com vistas a sua eficiência, eficácia e efetividade, mediante ciclos de gestão contínuos de programação, de monitoramento e avaliação, orientados para a produção qualitativa de resultados, com foco na melhoria da gerência, subsidiando a tomada de decisão.

Os resultados já mostram uma melhoria no processo interno de planejamento do MS e na qualidade das informações sobre a programação e a execução dos programas e ações do PPA 2004/2007 no âmbito do MS, abrangendo informações de cerca de 70% dos programas e ações. Constatou-se uma a aplicação efetiva do Sisplam na gerencia dos programas e ações do PPA, impulsionando o processo de discussão ou de revisão do plano estratégico de alguns órgãos e entidades do MS. Outro fator de destaque é a integração entre o Sisplam e o Sigplan, cumprindo o estabelecido nas Portarias nº. 198/MP e 158/MS, ambas de 2005.

Como pontos facilitadores podemos citar o apoio dos usuários no processo de desenvolvimento e aperfeiçoamento do Sistema; o interesse dos gerentes, assessores, coordenadores de

ação e de planejamento dos órgãos e entidades e a integração do Sisplam com a Sala de Situação em Saúde do MS. Entre as dificuldades para implementação do Sistema destacamos a necessidade de fortalecimento da cultura de planejamento, abrangendo a programação, monitoramento e avaliação dos programas e ações.

Ainda que o Sisplam esteja em constante processo de aperfeiçoamento, ele já apresenta alguns produtos importantes e a pesquisa de opinião que foi realizada em julho de 2005 junto aos usuários do sistema sinaliza uma tendência de que o Sisplam efetivamente venha a ser utilizado como ferramenta gerencial para o processo de planejamento dos órgãos e entidades do MS.

PLANO DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NA AMAZÔNIA LEGAL: HORIZONTES E PERSPECTIVAS

Autor principal: Kátia Regina Ern
Outros autores: Adriana Nunes; Danielle Cavalcante; Gabriela Jacarandá;Simone Santos; Soraya Teixeira
Instituição: Ministério da Saúde
Município: Brasília
Estado:Distrito Federal

A Amazônia brasileira é um dos espaços geográficos mais valorizados do planeta, sobretudo por sua biodiversidade, mas, sob a perspectiva do desenvolvimento humano, social e econômico, em que pese as virtudes da região, muitos são os desafios.

A Amazônia Legal é uma construção geopolítica estabelecida, em 1966, para fins de planejamento regional, compreende cerca de 61% do território nacional e abrange os estados do Amazonas, Amapá, Acre, oeste do Maranhão, norte do Mato Grosso, Rondônia, Pará, Roraima e Tocantins.

No ano de 2003 o governo assumiu o compromisso de ordenar o processo de ocupação da Amazônia Legal, adotando-a como uma de suas prioridades. Dessa forma, foi criado o Plano de Desenvolvimento Sustentável da Amazônia – PAS, como estratégia para o desenvolvimento da região, buscando explicitar os elementos constitutivos de um novo modelo de desenvolvimento, que tem como base a sustentabilidade ambiental, a inclusão social e a redução das desigualdades regionais. Esse plano estabelece cinco eixos prioritários, dentre os quais está o eixo de inclusão social e cidadania onde as ações de saúde estão diretamente envolvidas.

Diante do exposto, o Ministério da Saúde criou o Plano de Qualificação da Atenção à Saúde na Amazônia Legal – Saúde Amazônia, o qual tem por objetivo promover a construção e implementação de projetos integradores, visando a priorização de questões estratégicas do Sistema Único de Saúde - SUS a serem enfrentadas na região.

Nessa perspectiva, buscou-se a articulação das ações desenvolvidas no âmbito do Ministério da Saúde, assim como a apropriação e incorporação das especificidades da região nas políticas de saúde, de forma a assegurar o fortalecimento da implementação do SUS na Amazônia Legal, beneficiando a população da região. Tomar o espaço geográfico como foco de construção de políticas públicas de saúde surge no sentido de resgatar o tema da eqüidade na sua essencialidade.

A democratização da gestão do SUS é pressuposto para a construção de oferta de serviços identificados com a pluralidade dos interesses e necessidades da população, condição para a consolidação de uma política de saúde baseada na democracia. Nesse sentido, o Saúde Amazônia apresenta-se como uma estratégia de qualificação e de fortalecimento do SUS na região.

SUB-UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SERGIPE

Autor principal: Leane de Carvalho Machado
Outros autores: Maria Jose de Oliveira Evangelista; Mariamalia Newton de Andrade
Instituição: Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe
Município: Aracaju
Estado: Sergipe

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), implantado desde 1998, tem por objetivo o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Entretanto. Entretanto, observa-se pequena demanda por informações que esse sistema produz na Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE**).** O presente estudo permitiu identificar os problemas referentes à sub-utilização das informações existentes no SIAB, identificar o nível de conhecimento e quais setores podem utilizar as informações do mesmo, como também identificar os fatores restritivos e facilitadores nesse processo, sugerir alternativas, iniciando a institucionalização do monitoramento e avaliação do mesmo na SES/SE.

OBJETIVOS E PROPÓSITOS

Elaborar estudo para institucionalizar o monitoramento e avaliação do SIAB pelos diversos setores da SES/SE, identificando limites e possibilidades.

Identificar os setores da SES/SE que necessitem das informações existentes no SIAB.

Verificar o conhecimento dos coordenadores da SES/SE quanto às informações existentes no SIAB.

Identificar os fatores restritivos e facilitadores do processo de monitoramento e avaliação do SIAB pelas diversas Coordenações da SES/SE.

METODOLOGIA

O método utilizado neste trabalho foi estudo de caso, descritivo, de natureza qualitativa resultante de entrevista previamente elaborada em questionário aplicado aos coordenadores, de nível médio e superior, alguns com Especialização em Saúde Coletiva, dos diversos setores da SES/SE, tais como: Atenção Básica, Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental, Gestão, Regulação e Auditoria, Vigilância e Proteção à Saúde, Acompanhamento e Análise de Saúde, Informação em Saúde, Políticas de Saúde, Assessoria de Comunicação, Recursos Humanos, SIA/SIH/SUS, Auditoria, CEFEP e outros totalizando 19 entrevistados cujos programas pudessem ser monitorados também pelo SIAB e conhecer o quanto estes profissionais tem conhecimento e utilizam o SIAB como instrumento de monitoramento e avaliação.

A SES foi escolhida em função do Monitoramento e Avaliação (M&A) ser uma macro função da mesma e o corpo técnico está envolvido com o objeto da pesquisa, como também a disponibilidade "portas abertas", conveniência (interesse entre pesquisador e pesquisados) e acessibilidade (pesquisador atua na organização e tem fácil acesso aos dados).

Foram utilizados questionários com perguntas abertas e fechadas, semi-estruturadas onde a participação do sujeito se constituiu como um dos elementos do nosso fazer científico. Através deste constatou-se os resultados para a utilização do SIAB como instrumento de monitoramento e avaliação.

Os dados foram avaliados a partir de algumas variáveis previamente definidas:

- Percepção do coordenador quanto ao SIAB como instrumento de monitoramento e avaliação.
- Freqüência na utilização deste instrumento
- Conhecimento das informações contidas no SIAB
- Facilidades e dificuldades para a incorporação deste instrumento de monitoramento e avaliação no cotidiano de seu trabalho.

A análise dos dados foi realizada através da leitura das respostas do questionário aplicado com os técnicos dos diversos setores da SES/SE.

Os resultados foram demonstrados estatisticamente através de percentagens e ilustrados por tabelas.

RESULTADOS

Com o desenvolvimento desse estudo, verificamos ser necessário propor aos gestores investir na aquisição de

equipamentos de informática facilitando o acesso, instalar Sala de Situação que permitirá dar visibilidade, integração entre os diversos Sistemas de Informação e melhorando o acesso sobre a análise de saúde.

Na análise do processo de trabalho, ficou explicito que apesar do bom relacionamento com o setor onde está implantado o SIAB, há necessidade de integração dos diversos setores da SES/SE para realizar M&A, constituindo-se como mais um fator restritivo para o processo de institucionalização. Outro fato verificado foi o conhecimento parcial do SIAB, ou seja, apenas conhecimento dos dados relacionados com a área técnica a que o profissional está ligado. Verificamos também, necessidade de divulgar as informações existentes no SIAB para o corpo técnico da SES/SE e reaplicar o mesmo questionário da pesquisa 6 meses após esse trabalho com o objetivo de verificar avanços.

Diante dos resultados obtidos, pretende-se despertar em todos os sujeitos que fazem parte do corpo técnico da SES, a necessidade de se criar mecanismos de integração entre os diversos setores constituindo-se como fator facilitador na institucionalização do M&A como também realizar amplo movimento de divulgação dos dados que podem ser obtidos tanto no SIAB como nos outros sistema de informação.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SERGIPE

Autor principal: Leane de Carvalho Machado
Outros autores: Adailton Martins Silva; Joana Maria Barboza Martins; Maria Jose de Oliveira Evangelista
Instituição: Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe
Município: Aracaju
Estado: Sergipe

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O monitoramento e a avaliação das ações de saúde, notadamente da Atenção Básica, têm se constituído numa preocupação da gestão federal, estadual e conseqüentemente também da municipal. A Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE), segundo o que preconiza a Norma Operacional de Assistência à Saúde 2001/2002 (NOAS/01-2002), mantém como um dos seus principais campos de atuação o assessoramento aos municípios e tem como imagem-objetivo a institucionalização da avaliação da atenção básica, pretendendo fortalecer o papel da SES/SE no que se refere à avaliação da atenção básica, desenvolvendo as capacidades técnicas e operativas das mesmas.

OBJETIVOS E PROPÓSITOS

O presente trabalho permitiu identificar os possíveis problemas do ponto de vista da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE), com referência ao processo de Monitoramento e Avaliação (M&A) no âmbito da Atenção Básica, através da observação de limites e possibilidades, a fim de sugerir alternativas de mudanças para a resolução dos problemas identificados, visando subsidiar a SES/SE no processo de implantação do componente monitoramento e avaliação, propiciando a institucionalização do mesmo visto ser essa uma macro-função da SES/Se.

METODOLOGIA

A metodologia aplicada neste trabalho foi o estudo de caso, de forma descritiva, de natureza qualitativa, resultante de entrevista previamente elaborada em questionário aplicado com representantes dos diversos setores da SES/SE.

O estudo foi realizado com técnicos de nível superior, alguns com Especialização em Saúde Coletiva, da atenção básica da SES/SE e dos setores envolvidos tais como: Coordenadores da Vigilância Epidemiológica e Sanitária, do Controle e Avaliação, Planejamento, SIA/SUS, SIH/SUS, Departamento de Administração e Finanças, Auditoria e outros, totalizando 31 entrevistados. Foi utilizado como critério para a seleção dos referidos técnicos a interface desses setores com a Atenção Básica. A SES foi escolhida em função do Monitoramento e Avaliação (M&A) ser uma macro função da mesma e o corpo técnico está envolvido com o objeto da pesquisa, como também a disponibilidade "portas abertas", conveniência (interesse entre pesquisador e pesquisados) e acessibilidade (pesquisador atua na organização e tem fácil acesso aos dados).

Foram utilizados questionários com perguntas abertas e fechadas semi-estruturadas onde a participação do sujeito se constituiu como um dos elementos do nosso fazer científico. Através deste constatou-se os resultados para a institucionalização do monitoramento e avaliação.

As questões investigadas foram divididas em categorias como infra-estrutura, processo de trabalho, cooperação técnica, uso de instrumentos (indicadores) e sistemas de informação que têm interface com a Atenção Básica, para identificar limites e possibilidades.

RESULTADOS

A análise dos dados foi realizada através da leitura das respostas do questionário aplicado com os técnicos dos diversos setores da SES/SE.

Os resultados foram demonstrados estatisticamente através de percentagens e ilustrados por tabelas e gráficos.

Na análise dos resultados obtidos, ficou claro a necessidade de se criar mecanismos de integração entre os diversos setores da SES/SE, da capacitação de recursos humanos, no investimento em relação à infra-estrutura (equipamentos, transportes), tornando-os fatores facilitadores na institucionalização do M&A no âmbito da Atenção Básica na SES/SE. Esse fortalecimento visa capacitar a SES/SE para melhor desenvolver seu papel no SUS, cooperando tecnicamente com os municípios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados obtidos, consideramos a importância de despertar em todos os sujeitos que fazem parte do corpo técnico da SES/Se, a necessidade de se criar mecanismos de integração entre os diversos setores constituindo-se como fator facilitador na institucionalização do M&A no âmbito da Atenção Básica.

Ficou visível a necessidade de continuar investindo na capacitação de todos os recursos humanos que estão envolvidos no M&A da Atenção Básica, com a utilização de uma nova abordagem metodológica capaz de alcançar o empoderamento dos sujeitos.

É necessário a elaboração de uma Proposta Metodológica de M&A da Atenção Básica para a SES/SE, que tenha por objetivo o desenvolvimento efetivo da capacidade de monitoramento e avaliação da atenção básica, pautada na institucionalização das ações avaliativas, incorporando-as no cotidiano da organização de saúde, concebendo-os como instrumento de gestão do SUS, e conseqüentemente fortalecendo o papel da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe.

A CONSTRUÇÃO DO PLANO DIRETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA: UM PROCESSO INOVADOR DE GESTÃO

Autor principal: Lídia Tobias Silveira
Outros autores: Danila Augusta Varella Barca; Rodrigo Lino de Brito; Marta Luiza Damasco de Sá; Doriane Patricia Ferraz de Souza; Mary Anne Martins; Auristela Lins; Dolly Cammarota; Adeilza Gomes Ferraz; Oswaldo Miguel Júnior; Edna Covem; Ana Mônica de Mello; Edson Donag
Instituição: Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A partir de um diagnóstico da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, em 2001, de que o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) não está suficientemente estruturado, apontou-se a necessidade de construir um Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA) integrado às demais ações de saúde desenvolvidas no SUS.

Neste sentido, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) comprometeu-se com a proposta e o Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT VISA) instituiu um grupo de trabalho (GT PDVISA), para formular e organizar o processo de discussão do PDVISA.

Assim, o Plano Diretor de Vigilância Sanitária apresenta um papel político, estratégico e pedagógico importante, na medida em que se configura como um instrumento de reafirmação da Vigilância Sanitária no campo da Saúde Pública. Deve portanto, ser trabalhado dentro dos princípios e diretrizes do SUS, mas, ao mesmo tempo, procurar refletir a Vigilância Sanitária como um campo com características singulares, a partir das suas interfaces com a economia e das especificidades de seus processos de trabalho.

OBJETIVO GERAL

Consolidar o SNVS, corrigindo rumos e fortalecendo o campo, inclusive no que concerne à sua mediação com os problemas sanitários prevalentes, assumindo compromissos reais de mudança do panorama sanitário perante a sociedade.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conferir maior visibilidade e incremento de poder de ação à Vigilância Sanitária, buscando ressaltar os compromissos e as grandes metas da VISA perante a sociedade, explicitando assim a sua função como instrumento de gestão e de transformação;
2. Orientar mecanismos de planejamento e de integração, possibilitando a definição de responsabilidades e contemplando os instrumentos de pactuação do SUS;
3. Construir as diretrizes estratégicas para a estruturação, organização e consolidação do SNVS.

METODOLOGIA

Em 2005, foi construído, de forma tripartite, um *Documento-Base* que traz à luz conceitos e diretrizes para

orientar o processo de discussão e construção do PDVISA. Esse documento está estruturado em 5 eixos temáticos: I - Organização e gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no âmbito do SUS; II- Ação regulatória: vigilância de produtos, de serviços e de ambientes; III - A Vigilância Sanitária no contexto da atenção integral à saúde; IV - Produção do conhecimento, pesquisa e desenvolvimento tecnológico; V - Construção da consciência sanitária: mobilização, participação e controle social.

Na seqüência foram conformados *Núcleos Organizadores - Estaduais (SES e COSEMS) e Federal (Anvisa e MS)* - com o papel de definir e viabilizar a forma de discussão, assim como de sistematizar as contribuições.

Cada esfera de governo escolheu a sua estratégia de discussão, optando a maioria por oficinas de trabalho, com discussão de grupo (por eixo temático) e sistematização segundo instrumentos oferecidos pelo GT PDVISA. As contribuições de cada estado serão levadas, em julho deste ano, à oficinas macrorregionais onde serão apresentadas, discutidas e sistematizadas em 5 relatórios (N, NE, S, SE, CO).

Numa etapa posterior, todas as contribuições (advindas das macrorregionais e da esfera federal) serão debatidas num Seminário Nacional, confluindo para a versão final do PDVISA. Em seguida encaminhado para as instâncias legais de pactuação e deliberação do SUS.

O público alvo deste processo são trabalhadores e gestores da vigilância sanitária especificamente, e do campo da saúde pública, em geral, as instâncias de controle social e outros segmentos interessados.

PRODUTO

Um Plano Diretor, construído e pactuado de forma tripartite, com diretrizes que orientem a conformação e consolidação do SNVS, tornando-o harmônico em si e com o SUS.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A construção do PDVISA, que se iniciou em 2005, permitiu aos atores envolvidos na discussão vivenciar um momento importante na história da Vigilância. Este processo apresentou facilitadores tais como: a) as negociações bipartite e tripartite que permeiam todo o processo de construção do PDVISA; b) a integração desse Plano com os instrumentos de gestão e articulação que estão postos; c) a construção de consensos, numa discussão ampla e inovadora sobre a gestão da Vigilância Sanitária.

Entretanto, dificuldades também fazem parte deste processo de aprendizagem. Dessa forma, foram identificadas: a) a diversidade do país e a dinâmica das especificidades e heterogeneidades locorregionais; b) as especificidades de complexidade do campo da Vigilância; c) os diferentes estágios de gestão em que se encontram as vigilâncias locais; d) a fragilidade do processo de planejamento quando entendido como um processo formal e não uma estratégia de fortalecimento da gestão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do PDVISA é um processo dinâmico, que nos remete a uma experiência inovadora no campo da Vigilância Sanitária, relacionada à gestão do sistema e fundamental para sua consolidação e fortalecimento. Suas diretrizes estratégicas nortearão os entes federados no planejamento e execução de ações mais integradoras e articuladas, além de otimizar a gestão dos recursos em prol de objetivos comuns e metas prioritárias.

ESTA MÁQUINA NÃO PODE PARAR...

Autor principal: Lígia Regina Vidigal
Outros autores: Cleide Cardoso da Silva; Mírian de Oliveira Ávila Moreira
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Rosário da Limeira (MG)
Município: Muriaé
Estado: Minas Gerais

INTRODUÇÃO

De acordo com o SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica, da Secretaria de Assistência à Saúde do Governo Federal, as doenças cardiovasculares (DCV) associadas à aterosclerose representam um grave problema de saúde pública no município de Rosário da Limeira – MG, por serem as principais causas de morbidade, de mortalidade e dos maiores gastos relacionados à saúde. Ciente da possibilidade de intervir nos principais fatores de risco das DCV e de alterar a probabilidade de desenvolvimento da doença, a Secretaria Municipal de Saúde, que até o ano de 2004 prestava serviço com enfoque predominantemente curativo, reformulou sua estratégia de atuação. Ou seja: acrescentou ações preventivas inovadoras e complementares no município, ao investir no potencial transformador da educação continuada em saúde e ao avaliar parte da população local.

OBJETIVOS

Ê organizar projeto educativo abrangente contendo informações relativas ao funcionamento do aparelho cardiovascular, às DCV e aos seus fatores de risco;

Ê criar parcerias relevantes para seu desenvolvimento integrado e intermultiprofissional;

Ê direcionar a implementação do projeto de acordo com os locais de aplicação: escola (rede municipal do ensino), serviços de saúde (grupo de hipertensos e diabéticos), grupos especiais (de caminhada e da 3ª idade) e comunidade em geral (sede e zona rural);

Ê promover a capacitação dos profissionais envolvidos (área da saúde e da educação) e o treinamento de funcionários da saúde para ampliar a abrangência dos temas;

Ê realizar estudo epidemiológico para identificar nos alunos, risco aumentado ou doença estabelecida, avaliando a prevalência da hipertensão arterial e o estado nutricional.

METODOLOGIA

No ano de 2004 foi executado projeto a partir de parceria entre a Secretaria Municipal de

Saúde, Assistência Social e Educação. Desenvolvido para a rede municipal de ensino e dividido em trabalho educativo e estudo epidemiológico, seu conteúdo teórico, por se mostrar de grande interesse pelos familiares de alunos, se estendeu por toda a comunidade (Quadro 1).

Em 2005, em conjunto com a Universidade Federal de Viçosa, foi aprofundado, nas escolas, o tema alimentação com ações preventivas de carência nutricional e reavaliação do estado nutricional dos alunos. Para 2006, a equipe, estimulada por premiação da Secretaria Estadual de Saúde de MG, que destacou municípios com trabalhos inovadores na área de atenção primária à saúde, iniciou a 3ª fase, dedicada à elevação da qualidade alimentar e ao combate ao sedentarismo em todo o município, com a inclusão da EMATER – MG.

RESULTADOS

A coordenação é ciente que ações preventivas reduzem a incidência de doença em um intervalo maior do que o de observação deste projeto, e que é fundamental a educação continuada para garantir efeitos positivos. No entanto, já obteve resultados efetivos pela introdução de nova cultura entre os profissionais e a população, com conseqüente promoção da saúde. O trabalho na escola facilitou a inclusão, o aprendizado e a adesão da população jovem e, ao extrapolar os seus muros, ampliou o número de participantes e impulsionou os grupos já implantados, consolidando o vínculo entre o usuário e a equipe de saúde (Quadro 2).

O estudo epidemiológico, que servirá de dados para a avaliação posterior do impacto na prevalência destas doenças, permitiu o encaminhamento dos casos selecionados para assistência individualizada, funcionando como uma via de acesso ao serviço ambulatorial.

A faixa etária de 5 a 19 anos perfaz 31% da população total do município com 60% matriculados na rede municipal de

ensino (899 alunos) onde obtivemos 6,5% de prevalência da hipertensão arterial sistêmica e 12% de excesso de peso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo planejamento integrado a equipe vivenciou uma experiência inédita de trabalho intermultiprofissional. A ação participativa permitiu uma interface entre as políticas de educação/saúde/assistência social, na qual seus integrantes superaram as dificuldades do trabalho interligado em estruturas distintas, e também facilitou a criação de um conjunto articulado de idéias que têm permitido a propagação de um saber com bases amplas e sólidas.

Tema de urgência emergente e de grande valor social, longe de ser uma idéia acabada, representa um caminho, viável e eficaz, a ser percorrido em busca da qualidade de vida, já apresentando resultados efetivos, na orientação e mobilização social, que a médio e a longo prazo, poderá ocasionar redução na mortalidade, na morbidade e nos gastos públicos com estas doenças e, mais do que isto, o reconhecimento de que todos são sujeitos participantes na construção individual e coletiva da sociedade e nas mudanças desejadas e/ou necessárias.

Este projeto coordenado por gestores municipais, de baixo custo operacional por otimizar os recursos da própria localidade e usufruir os benefícios de parceria estadual/federal, por sua proposta abrangente, demonstra amplo potencial de referência para os municípios que acreditam na prevenção como investimento em política de saúde, podendo ser reproduzido a partir deste modelo, neste e em outros temas que se fizerem necessários.

Quadro 1 - Trabalho educativo teórico e prático abordando conceitos, evolução e prevenção

1º Módulo - Introdução: noções básicas do sistema circulatório; hipertensão arterial; diabete mellitus; dislipidemia; tabagismo; sedentarismo; obesidade e estresse.
2º Módulo - Atividade física e doenças correlacionadas: benefícios da atividade física; aparelho locomotor; sedentarismo; osteoporose; esportes/olimpíadas e drogas anabolizantes.
3º Módulo - Uso de drogas: tabagismo; alcoolismo e drogas psicotrópicas ilícitas.
4º Módulo - Alimentação: alimentação saudável.

Quadro 2 - Estimativa da abrangência direta do trabalho educativo de acordo com local de aplicação

Local de aplicação/ Grupos envolvidos	**Nº de participantes**	**% Pop Total***	**% Pop 4 a 19 anos****	**% de hipertensos e diabéticos cadastrados*****
Rede municipal do ensino				
→ Alunos de 5 a 19 anos	899	15	50	--
→ Familiares dos alunos	2.972	62	--	
Comunidade em geral	1.611	33	--	--
Grupos especiais	380	7,8	--	--
Grupos de saúde	420	8,7	--	76
Municípios vizinhos	2.300	--	--	--

**População total: 4.834 habitantes, **Pop de 4 a 19 anos: 1.499 hab, ***Hipertenso/diabético cadastrados: 552*

SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE CONVÊNIOS DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO TOCANTINS - GESCON

Autor principal: Luciano Alencar Silva
Outros autores: Sergislei Silva de Moura
Instituição: Secretaria de Estado da Saude do Tocantins
Município: Paraíso do Tocantins
Estado: Tocantins

INTRODUÇÃO

A Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins - Órgão da Administração Direta do Governo Estadual, gestora do SUS, tem firmado anualmente convênios com o Governo Federal (Ministério da Saúde) para a implementação de ações de saúde que beneficiam a população tocantinense.

O Setor de Convênios (Coordenação de Contratos, Convênios e Prestação de Contas que se encontra na estrutura do Fundo Estadual de Saúde) necessitava de uma ferramenta que agilizasse os procedimentos monitoramento - controle da execução e da prestação de contas de convênios celebrados, e também de recursos fundo a fundo, pois, as partes executoras precisavam de informações em tempo hábil, úteis ao desempenho da ação objeto do convênio, como por exemplo, o saldo do convênio; a execução do plano de trabalho; o pagamento realizado e o pagamento em trânsito. Porém, a informação nunca estava pronta ou disponível, sempre havia a necessidade de deslocamento até o setor de Convênios para solicitar o tipo de relatório que contemplasse a situação da execução do convênio, tendo ainda que aguardar a tabulação dessa informação para que depois fosse repassada à parte interessada, tornando assim o processo muito demorado.

OBJETIVOS

- Agilidade no processo de prestação de contas dos convênios;
- Disseminação rápida da informação sobre a condução do convênio para todas as partes interessadas;
- Maior confiabilidade nas informações e relatórios emitidos;
- Controle da vigência e plano de trabalho/aplicação do convênio.

METODOLOGIA

Foram necessárias varias reuniões entre a Gerência de Sistemas do setor de Informática e os funcionários do setor de Convênios, para que todas as informações necessárias ao desenvolvimento da ferramenta fossem conhecidas, objetivando esgotar todas as variáveis do programa para o processamento dos dados para a gestão, eliminando a necessidade de ajustes a posteriori. O sistema foi desenvolvido utilizando banco de dados gratuito, não necessitando da compra de licenças de software.

PRODUTOS E APLICABILIDADE

Foram desenvolvidas duas ferramentas que compartilham a mesma base de dados. Uma dessas ferramentas é a gerencial, onde todas as informações são inseridas (hoje pelos servidores do setor de convênios), e a outra foi desenvolvida para que a informação estivesse disponível à toda a Secretaria através da internet. Com essa ferramenta o setor executor do convênio (a área técnica responsável) acessa a qualquer hora e lugar as informações sobre o convênio de sua responsabilidade, sem a necessidade de se locomover até o setor de Convênios para a solicitação ou obtenção da informação desejada. Isto facilitou o monitoramento e a avaliação das metas físicas, financeiras e orçamentárias do referidos convênios.

Para o setor de convênios fazer a prestação de contas ficou muito mais fácil e rápido, pois ela vai sendo processada pelo sistema, concomitantemente à execução, ao contrário do que ocorria antes da implantação do sistema, quando tal processo era demorado e complicado pela vulnerabilidade da fonte que armazenava a informação.

O desenvolvimento dessa ferramenta foi de grande importância para a Secretaria de Saúde, que passou a contar com um instrumento de controle de seus convênios, obtendo assim informações confiáveis e oportunas sobre os convênios celebrados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o desenvolvimento da ferramenta, no ano de 2003, a Gerência de Sistemas do setor de Informática, dispunha apenas de um analista de sistemas, o que não impediu que o sistema fosse entregue no prazo solicitado.

Logo depois da implantação, algumas modificações tiveram que ser realizadas para adequação total do Sistema ao setor de Convênios, que o utiliza até hoje.

A AUDITORIA COMO ARTICULADORA DA MELHORIA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Autor principal: Luciano Teixeira Rocha
Instituição: Coordenação de Área Programática 3.2
Município: Rio de Janeiro
Estado: Rio de Janeiro

Há um desconhecido número de pacientes "esquecidos" por familiares e amigos em todos os tipos de unidades hospitalares e pelos mais diversos motivos: sociais, econômicos, conjunturas familiares, sendo mais comum encontrá-los nos hospitais de retaguarda, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos onde passam por longos períodos de tratamento e têm atenção constante.

Na Área Programática 3.2 da cidade do Rio de Janeiro, uma das áreas de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, a situação supracitada podia ser percebida na CSGF, uma clínica privada prestadora de serviços ao SUS credenciada na modalidade de cuidados prolongados localizada no bairro de Engenho de Dentro. Este Estabelecimento de Saúde têm contratados 80 leitos de longa permanência que eram ocupados na sua maioria por pacientes curados de suas enfermidades, que mesmo liberados para voltarem para casa continuavam morando na clínica.

A Equipe de Auditoria e Supervisão da Coordenação de Área Programática 3.2 (CAP 3.2), a partir do ano 2003 fez um levantamento do número de pacientes "moradores" e trabalhou junto às equipes Médica e do Serviço Social da clínica recomendando para esses pacientes, alguns com mais de 10 anos vivendo internados, alta hospitalar e o retorno aos seus lares.

Durante este trabalho de triagem também foram identificados pacientes que não tinham recebido alta por falta de um tratamento adequado assim como inúmeras inadequações frente às exigências contidas na Portaria de Cuidados Prolongados do Ministério da Saúde e no teor do contrato firmado pela Secretaria Municipal de Saúde e o Estabelecimento de Saúde. Notou-se que essas deficiências em quantidade e qualidade das instalações físicas, dos recursos humanos e das condutas terapêuticas formavam um hiato entre o ideal exigido e a situação encontrada, o que justificava a permanência dos pacientes com grande potencial de cura e de reabilitação, na clínica, por longos períodos.

A Equipe de Auditoria e Supervisão convocou a direção da CSGF para uma reunião na CAP 3.2 em dezembro de 2003, onde mostrou a lista de providências que deveriam ser tomadas pela clínica estabelecendo-se prazos a serem cumpridos visando a adequação às exigências estabelecidas pelo Ministério da Saúde, em consonância com o trabalho da Equipe o que conseqüentemente refletiria na melhoria da qualidade da assistência oferecida aos pacientes internados naquele Estabelecimento de Saúde.

Porém, nenhuma providência foi tomada e nenhum prazo respeitado nos seis meses subseqüentes, mesmo a Equipe de Auditoria e Supervisão da CAP 3.2 reiterando as exigências e os prazos nos termos de visita emitidos nas visitas à clínica semanalmente.

Foi necessário então contactar a Superintendência de Gestão do SUS da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro e articular uma outra estratégia junto a outros setores, pois a Equipe de Auditoria e Supervisão da CAP 3.2 acredita numa filosofia de construção de parcerias objetivando a melhoria da qualidade da assistência prestada ao cliente do Sistema Único de Saúde na Área Programática 3.2. e não no poder de polícia.

Organizou-se uma outra auditoria à clínica realizada em junho de 2004 por uma equipe interdisciplinar composta de representantes da Superintendência de Gestão do SUS (SGS), do Núcleo de Apoio à Família (NAF), do Instituto de Nutrição Annes Dias (INAD), da Coordenação de Saúde Mental, do Conselho Municipal de Saúde e da Equipe de Auditoria e Supervisão da CAP 3.2 tornando a visita mais representativa e ampliando o alcance da relação de parceria entre os auditores orientadores e os vários setores do estabelecimento em questão.

E qual não foi a boa surpresa de todos?

A obtenção do resultado desejado: melhorias na organização e apresentação dos prontuários, na freqüência e na qualidade da terapêutica implantada, na contratação de recursos humanos em todas as especialidades, na continuidade da assistência prestada pela equipe multiprofissional, na organização da farmácia, na adequação da produção e da oferta das dietas, na estrutura física do acesso aos andares e na climatização das enfermarias, na eliminação da presença de pombos e insetos, entre outras.

Hoje, após a continuidade deste importante trabalho de orientação e conscientização, temos a grata satisfação de

sermos procurados constantemente pela direção da clínica sempre quando existem o desejo e a intenção dos diretores e equipes de efetivar mudanças físicas, estruturais e das rotinas que visem à busca da excelência da qualidade da assistência ao cliente. Sempre para melhor.

Este é o SUS que todos nós queremos!

PLANO DE INVESTIMENTO DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO: DEMOCRATIZAÇÃO DA GESTÃO; PARTICIPAÇÃO E TRANSPARÊNCIA

Autor principal: Luís Ribeiro
Outros autores: Maria da Gloria Accioly Sirena; Elton José Mello
Instituição: Grupo Hospitalar Conceição
Município: Porto Alegre
Estado: Rio Grande do Sul

Nos últimos anos o discurso da participação ganhou visibilidade no cenário político. A *participação* em espaços públicos institucionais ou não, tem se revelado como um movimento inovador da sociedade civil organizada. Esse espaço de participação já encontrado nas teorias da administração geral, pode ser estudada como gestão participativa, a qual corresponde a um conjunto de princípios e processos que defendem e permitem o envolvimento regular e significativo dos trabalhadores em tomadas de decisão na empresa. Este envolvimento pode traduzir-se em participação dos trabalhadores na definição de metas e objetivos, na resolução de problemas, no processo de planejamento, tomada de decisão, acesso à informação e no controle da execução, podendo assumir graus diferentes de poder e responsabilidade e afetar a organização no seu conjunto ou em cada trabalhador e seu posto de trabalho, embora esteja sempre orientado para a realização das finalidades da organização.

A prática da gestão participativa pode resultar da iniciativa e reivindicações dos trabalhadores, ou de estratégias gerenciais na busca de uma maior inserção dos trabalhadores nos projetos da gestão buscando atingir maior desenvolvimento dos mesmos. Nesse sentido, a gestão participativa proporciona a um conjunto ampliado de atores sociais o processo coletivo de tomada de decisão. Sendo assim, na busca de uma prática de *gestão* participativa e de uma maior inserção dos trabalhadores nos projetos da gestão, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), criou um mecanismo de participação dos trabalhadores na elaboração do seu *Plano de Investimento* (PI). Esse processo, disparado no (GHC) através do Plano de Investimento, transfere ao coletivo a liberdade e responsabilidade sobre a gerência dos recursos de investimentos, o que é sempre um processo que envolve fazer escolhas na tentativa de compatibilizar necessidades, direitos, escassez e recursos sempre aquém do desejado, num exercício constante de solidariedade, criatividade, escuta, participação e responsabilidade na tomada de decisão. Ao possibilitar o encontro de interesses e saberes tão diversos na definição de prioridades e na execução orçamentária de uma instituição de saúde com a amplitude do GHC, esta experiência inovadora torna-se pioneira em uma nova forma de gerenciar recursos em hospitais públicos.

O GHC constitui-se como um dos maiores complexos hospitalar da região sul do país, contando com mais de 6000 trabalhadores. E, nesse cenário complexo de um serviços de saúde que envolve tantos trabalhadores e tamanho público, o PI surgiu em 2003, possibilitando, através da participação de usuários e trabalhadores, o planejamento e acompanhamento da execução dos investimentos no Grupo Hospitalar Conceição. Por meio do PI do GHC, trabalhadores eleitos e usuários tem definido quais os equipamentos e materiais são prioritários para *qualificar* a assistência, discutindo, elaborando, apresentando e aprovando projetos, que estão vinculados às diretrizes gerais do MS.

Em 2003, 411 representantes dos trabalhadores definiram os itens de investimentos para um valor de R$4,5 milhões. O orçamento do PI 2004 foi de R$ 3,7 milhões e os 158 funcionários eleitos e 40 usuários escolhidos no Conselho Municipal de Saúde definiram democraticamente os ítens que julgaram prioridade para qualificar a atenção à saúde e os processos de trabalho no GHC. Em 2005, os debates do Plano de Investimentos do Grupo Hospitalar Conceição avançaram ainda mais e foram orientados por um Planejamento Estratégico de Gestão (PEG), onde 167 trabalhadores e em torno de 40 usuários decidiram sobre o investimento de R$5.032.345,33. Atualmente, já disparado o processo do PI 2006, trabalhadores e usuários estão definindo as prioridades de investimento com um orçamento de R$8,8 milhões.

O PI desenvolvido no GHC atende a um dos objetivos fundamentais da gestão participativa que é agregar legitimidade às ações de governo, criando sustentação para os programas e políticas propostas, assegurando a inclusão de novos atores, possibilitando a escuta das necessidades por meio da interlocução com trabalhadores e usuários e, finalmente, conferindo maior densidade ao processo de democratização da sociedade brasileira. Ao discutir com trabalhadores e usuários a execução das ações

de saúde, o PI promove a descentralização da gestão e inclui trabalhadores nos processos decisórios, busca o enfrentamento de iniqüidade com integralidade e racionalidade e amplia a rede de participação social.

Com esse enfoque, podemos afirmar que participação significa compartilhar uma ação. Neste caso, aqueles que participam precisam ter, em primeiro lugar, acesso às informações essenciais para se tomar uma decisão; e em segundo lugar, necessitam participar de fóruns que deliberam. Para tanto, todos aqueles que participam precisam de tempo para absorver informações, processá-las, socializar suas observações e sugestões, assim como negociá-las. A participação fundamenta-se na tolerância e na busca de construção de unidade a partir das diferenças entre aqueles que participam. O PI com sua sistemática de envolvimento tanto de trabalhadores, quanto de usuários, tem possibilitado o exercício concreto desta nova forma de gestão desenvolvida no GHC pelas seguintes razões:

• estabelece um espaço democrático para a negociação entre os participantes, favorecendo a criação de atores coletivos, comprometidos com mudanças estratégicas propostas pela Direção;

• tem como campo de aplicação a conjuntura, incorporando o conceito de avaliação e reprogramação permanentes;

• exige a crítica responsável, abrindo espaços para a formulação de propostas de solução de problemas;

• dispõe de técnicas acessíveis a participantes de qualquer nível de escolaridade.

• promove a inclusão no conjunto dos participantes, na medida do possível e desde o início da atividade, através de representantes envolvidos direta e/ou indiretamente na execução das ações a serem programadas;

• possibilita um perfil interdisciplinar na equipe de participantes; a interação participativa da equipe técnica com outros atores significativamente relacionados em várias fases do processo, como "os que decidem", trabalhadores de diversas áreas e a população, grande beneficiária do projeto.

As práticas do Plano de Investimentos do GHC vêm, ao longo do seu desenvolvimento, constituindo-se em um processo educativo que proporciona importante aprendizado para os trabalhadores, comunidade, gerentes e gestores que nele têm se envolvido. Todo o processo de mobilização, a seqüência e os conteúdos das suas etapas e a auto-regulamentação do seu funcionamento constituem um processo que possibilita caracterizá-lo como aprendizado de cidadania. O caráter efetivamente deliberativo atribuído à participação dos atores e o seu protagonismo na regulamentação do processo, são componentes fundamentais do seu caráter educativo que ocorre a partir de uma pedagogia do público, da deliberação e da construção de um sentido do comum. Nesse sentido, o PI se constitui enquanto espaço democrático para a participação social dentro dos espaços de gestão hospitalares aqui do GHC, fortalecendo a democracia e a cidadania.

Palavras chaves – Plano de Investimentos, Participação, Qualificação, Gestão Participativa

SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO ESTADO DE SÃO PAULO

Autor principal: Luiz Augusto Pereira
Outros Autores: Vander Orsi; Marcelo Caetano Scandiuzzi; Fábio Luiz Dias; Daniel Casellato Carnasciali; Diogo Alves Pineda; Thiago Peres Tutuy; Harry Ferreira de Carvalho Neto; Eduardo Ramos; Odair Ferreira Terceiro; Maria de Fátima Porcaro
Instituição: Instituto de Pesquisa Tecnológicas do Estado de São Paulo
Município: São Paulo
Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

Projeto desenvolvido para a Secretaria de Estado da Saúde – (SES) é destinado à modernização e adequação do sistema de controle de transplantes utilizando infra-estrutura WEB para viabilizar a descentralização do sistema, permitindo o cadastramento e acesso às informações pelos envolvidos no processo, e agilizando a disponibilidade da informação, garantindo maior eficácia no processo de transplantes no Estado de São Paulo, bem como permitindo uma melhor gestão das informações e processos devido à automatização destes.

Este Projeto resultou da necessidade de automatização e descentralização dos processos de cadastramento e acompanhamento dos pacientes candidatos a transplantes, e suas informações, que atualmente são feitos de forma centralizada e burocrática.

Trata-se do desenvolvimento de serviços e páginas WEB com acesso a banco de dados, onde as equipes, hospitais de transplante, laboratórios, pacientes e centrais de transplante possam ter acesso para cadastramento e consulta dos pacientes, garantindo segurança, confiabilidade, agilidade e disponibilidade das informações aos envolvidos nos processos de transplantes no Estado de São Paulo.

OBJETIVOS

A construção de um sistema de coleta de dados via WEB de modo a descentralizar o processo de cadastro e manutenção dos dados. Esse sistema disponibiliza o serviço que era realizado somente pela Central de Transplantes na WEB, dando mais autonomia aos integrantes do sistema. Buscando aperfeiçoar o tempo de desenvolvimento e facilitar a compreensão das regras de negócio, o projeto foi dividido em três módulos:

- Módulo 1: atualização de soro e painel e cadastros básicos
- Módulo 2: integrantes; equipes médicas; participantes
- Módulo 3: receptor; doador; seleção de receptores; relatórios diversos e certificação digital.

METODOLOGIA

O sistema foi desenvolvido utilizando de melhores praticas de engenharia de software e divida em módulos descritos abaixo:

Foram previstas atividades que contemplam a engenharia reversa da base de dados atualmente em utilização no Hospital das Clinicas de Ribeirão Preto e o desenvolvimento de módulos de baixa complexidade (laboratórios e pacientes). O produto desta etapa foi a modelagem e a estrutura da base de dados, bem como os módulos de baixa complexidade. O desenvolvimento de módulos de média e alta complexidade (Módulos de Equipe de transplantes, Gestor e Centro de Diálise). Os produtos desta etapa serão os módulos de média e alta complexidade.

O desenvolvimento do modulo de controle da Central de Transplantes que por sua complexidade e tamanho (deve englobar todas as funcionalidades) demandará esforços de desenvolvimento, e o sincronismo das bases de dados (base de testes temporariamente alocada no IPT (CTX) e a base de dados oficial alocada no HC de Ribeirão Preto). O produto desta etapa será o módulo de controle da Central de Transplantes.O desenvolvimento de módulos de certificação digital para validação de processos e usuários. Os produtos desta etapa serão os módulos de certificação digital.

Fase 1 – Planejamento – equipe IPT e SES - para estabelecer os critérios, os processos, as regras de negócio para o desenvolvimento do Sistema. A participação da equipe da SES se faz necessária durante o período de planejamento para o levantamento de requisitos do Sistema. A seguir são descritos os documentos gerados nesta fase: Definição escopo: visa estabelecer a abrangência do sistema, onde serão definidas todas as regras de negócio pertencentes ao Sistema; Modelagem do

sistema: desenvolvida através da ferramenta Microsoft Visio, incluindo a base de dados e os aplicativos para a administração e uso do Sistema; Construção dos documentos de arquitetura física e lógica.

Fase 2 – Desenvolvimento – equipe IPT e dois técnicos da SES, com as seguintes tarefas: Desenvolvimento do Sistema; Integração do Sistema - preparação do Setup, manual de instalação e utilização do Sistema.

Fase 3 – Homologação do sistema – Testes de homologação com a equipe interna.

Fase 4 – Validação da SES – Testes de validação com equipe da SES.

PRODUTO

O Laboratório de Histocompatibilidade é responsável pela atualização de soro e painel dos receptores de um determinado laboratório. Também será utilizado para visualizar os receptores de um determinado laboratório.

Os Cadastros Básicos são utilizados para realizar a inserção, alteração e exclusão dos dados que compõem o sistema, serão considerados cadastros básicos os seguintes itens: Cargo, Sorologia, Cor, Dir, UF, Priorização, Causa, Imunossupressor, Tipo de Status, Diagnóstico, Convênio, Tipo de Órgão, Exame, Motivo Recusa, HLA, Regionalização.

Os Integrantes efetua a inclusão, alteração e exclusão dos integrantes do sistema, serão considerados integrantes do sistema os seguintes itens: Hospital de Transplantes, Hospital Notificante, Centro de Diálise, OPO, OPC, Participantes, Equipe.

O Receptor é utilizado para efetuar a inserção, alteração e exclusão de receptores no sistema. Cada órgão possui suas particularidades, portanto será desenvolvido um cadastro diferente para cada tipo de receptor de órgãos, foram considerados os seguintes órgãos: Córnea, Coração, Fígado, Pâncreas, Pulmão, Rim. Também foi desenvolvida funcionalidade para ser utilizada no acompanhamento do receptor transplantado.

O Doador é utilizado para realizar a inserção, alteração e exclusão de notificações, possível doadores e doadores de órgãos no sistema.

A Distribuição é utilizada para realizar a distribuição de órgãos de um doador no sistema. Esta pagina contém as seguintes funcionalidades: Seleção, Crossmatch, Recusa de Órgãos, Transplante, Recusa de Receptor, Evolutivo Inicial.

Os Relatórios foram desenvolvidos para visualização de dados e informações referentes ao sistema.

A Segurança dos dados e informações deste projeto, foi adotado sistema de verificação de login e senha do usuário. Foi utilizado Active Directory ou "A.D." para cadastrar os usuários que fazem parte do sistema, dentro do "A.D" criado para reconhecer os usuários do sistema foram criados grupos de acessos, nesses grupos foram definidos as permissões e o acesso das funcionalidades do sistema, assim cada grupo tem um tipo de permissão e podem acessar as mesmas funcionalidades. Cada usuário do sistema deve realizar um cadastro para fazer parte de algum grupo e ser reconhecido no "A.D." Após realizado esse cadastro foi atribuído um Login, senha e também foi fornecido um cartão de acesso para o mesmo. O cartão de acesso fornecido ao usuário possui um número único gerado por uma seqüência lógica, a esse cartão foram atribuídos quarenta números que são correspondentes a 40 posições no cartão, a cada posição do cartão foi atribuído um número verificador.

APRENDIZADO

O Sistema Estadual de Transplantes iniciou em 1986através do São Paulo Interior Transplante - SPIT que era um sistema manual desenvolvido em Dbase.

Entre 1997-2001 foi iniciado o cadastro técnico único em CDNCDO 1 e 2, base de dados independente e banco de dados ACCESS.

Em 2001 foi realizada a unificação da base de dados, criada uma linha privada em Frame Relay, e a implantação da versão "Centauro 1.00.00".

Em 2005 foi iniciada uma nova atualização do Sistema, orientado a objeto, desenvolvido com a tecnologia.NET e as linguagens C# e ASP.NET com interação dos dados cadastrados a um banco de dados MS SQL Server.

A mudança no sistema se deve a necessidade de descentralização dos serviços, já que no ano de 2005 o número de inscrições chegou a 9.400, as solicitações de atualização de soro a 28.000, as atualização de painel a 15.000, as atualizações de status a 30.000, o relatório evolutivo pós-transplante 3.000 e as notificações de doadores em número de 4.600; perfazendo um total de 90.000 solicitações.

Sem contar as dificuldades no recebimento das solicitações, a legibilidade dos documentos, os erros de digitação, além dos custos de recursos humanos e materiais.

O novo sistema foi elaborado para melhor administrar os processos de descentralização do input de dados, agilidade dos processos, acessibilidade do sistema (administrador), consolidação do sistema, transparência e credibilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hoje o Sistema Estadual de Transplantes tem 13 hospitais que transplantam coração, com 17 equipes, para os transplantes de Fígado 21 hospitais e 34 equipes; para transplantes de Rim 34 hospitais e 41 equipes, para transplantes de Pulmão 3 hospitais e 3 equipes, para transplantes de Pâncreas 14 hospitais e 16 equipes e para transplantes de Córnea são 115 hospitais e 283 equipes, perfazendo um total de 200 hospitais e 394 equipes.

O número de inscrições para coração foi de 180, de Fígado 1.780, de Rim 2.147, de Pulmão de 24, de Pâncreas de 187 e de Córnea 5.096, perfazendo um total de 9.414 - Dados do ano de 2004.

O número de receptores para coração é de 97, para Fígado 3.662, para Rim de 7.843, para Pulmão 30, para Pâncreas 251 e para córnea 4.784, totalizando 16.667.

Somente um com a adoção de um Sistema automatizado é possível além de dar transparência as ações da Secretaria da Saúde, preservar os dados de pacientes e todos os históricos dos pacientes e seus devidos acompanhamentos.

REDES ASSISTENCIAIS, INTELIGÊNCIA DE GESTÃO E INTELIGÊNCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA TOMADA DE DECISÃO NO MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE: O CASO DE FORTALEZA, CEARÁ, BRASIL.

Autor principal: Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Outros Autores: Neusa Goya
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza
Município: Fortaleza
Estado: Ceará

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A descentralização da gestão do SUS, por um lado, garantiu uma série de melhorias relativas à sua organização, acesso, qualidade dos serviços, maior controle e participação social. Por outro, coloca para o Sistema novos desafios que precisam ser superados, destacando-se o acesso à atenção integral, equânime, resolutiva, humanizada e de qualidade.

Responder a estes desafios requer dos gestores, principalmente em âmbito municipal, novos arranjos organizacionais que lhes possibilitem tomar decisões para a construção do modelo de atenção integral à saúde em consonância como SUS.

A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza para garantir o modelo de atenção integral à saúde, referenciado no conceito ampliado de saúde e das necessidades sociais, que se configuram como uma produção social, devendo, nesse sentido, ser trabalhado pelos serviços de vigilância, como também, baseado no fato de que as estruturas administrativa, financeira e jurídica devem se organizar sistemicamente para agilizar, dar transparência e potência ao modelo em construção, está operando a idéia força das Redes Assistenciais (RA), Inteligência de Gestão (IG) e Inteligência Epidemiológica (IE) para Tomada de Decisão.

IDÉIAS, OBJETIVOS E PROPÓSITOS

1. Construir o modelo de atenção integral à saúde do Sistema de Saúde de Fortaleza por meio de RA, da IG e da IE para Tomada de Decisão, referenciando-se na promoção da saúde. 2. Estruturar cinco RA: Atenção Básica-Estratégia Saúde da Família; Atenção Especializada; Urgência e Emergência; Atenção Hospitalar e Saúde Mental, adotando o conceito de Rede por possibilitar o desenvolvimento de processos organizacionais emancipatórios, coletivos, solidários e compartilhados. 3. Estruturar a IG compreendida como o arranjo que integra as áreas administrativa, financeira e jurídica do Sistema. A IG tem como responsabilidade central produzir informações pertinentes a sua área de conhecimento para potencializar a tomada de decisão. 4. Estruturar a IE, referenciando-se no conceito de Vigilância em Saúde. A IE vai além da coleta, registro e análise sistemática de informações em saúde, elaborando informações tecidas na produção social da saúde.

METODOLOGIA

A metodologia de trabalho é participativa, dialógica, contextualizada, problematizadora e libertadora, referenciada na ética do cuidado e na humanização. A estratégia é a educação permanente em saúde e as principais ferramentas são: articulação intersetorial, interdisciplinar e multiprofissional; a articulação sistêmica das RA e das Vigilâncias; o diálogo; a mediação de conflitos; os mecanismos de co-gestão democrática e participativa; o planejamento participativo; a territorialização em saúde; o controle social.

O QUE FOI REALIZADO

1. Adoção da Ética do Cuidado e da Humanização, implementando a Política Municipal de Humanização: Curso de Extensão Universitária HUMANIZA SUS; Operação Fortaleza Bela; redução das filas de espera para consultas e exames ambulatoriais especializados; viabilização do QUALISUS e dos Grupos de Trabalho em Humanização nos Hospitais Municipais; 2. Gestão Participativa e Democrática a partir do Método da Roda, preconizado pelo professor Gastão Campos, em desenvolvimento nas RA; instalação da Mesa de Negociação do SUS; realização do projeto "Cirandas da Vida: Núcleos de Educação Popular e Saúde"; 3. Desenvolvimento da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde através do Sistema Municipal de Saúde Escola, com a Residência em Medicina de Família e Comunidade (76 vagas); seleção pública para 2.700 vagas de

Agentes Comunitários de Saúde e 1.500 para Agentes Sanitaristas (em processo); adesão ao concurso público estadual de base local da Secretaria da Saúde do Ceará, ofertando 460 vagas para dentistas, 460 para médicos e 460 para enfermeiros (em processo); 4. Organização das RA, utilizando-se na RA da Atenção Básica a Estratégia Saúde da Família com previsão de 460 equipes; implantação de 100 equipes de saúde bucal (antes não existia nenhuma); Operação Fortaleza Bela para recuperação e humanização das Unidades Básicas de Saúde (88); na RA da Atenção Especializada e Hospitalar com a implementação da Central de Marcação de Consultas e Central de Regulação de Leitos, recontratualização com estabelecimento de metas (em processo); RA Urgência e Emergência com a recuperação da frota de ambulâncias do SAMU, contratação de socorristas, médicos reguladores; na RA Saúde Mental com a adoção do modelo preconizado pela Reforma Psiquiátrica, implantação até o final de junho de mais 3 CAPS Geral (já haviam 3), 6 CAPS-AD e 2 CAPS-I, além de 2 Residências Terapêuticas. 5. Organização da IG e da IE, articulando sistemicamente as áreas administrativa, financeira e jurídica, e as Vigilâncias do Sistema.

OS RESULTADOS ALCANÇADOS

O modelo de atenção integral à saúde do Sistema de Saúde de Fortaleza a partir das RA, da IE e da IG, com foco na promoção da saúde, está em construção. Tratando-se de processos estruturantes, é limitado mensurar resultados quantitativos, embora alguns indicadores apresentem melhorias: Índice de Infestação do *Aedes aegyti* que no início de 2006, resultante da IE em 2005, estava em torno de 1%, ou ainda, a redução do CMI que de 18,2 em 2004 foi para 17,2/1000 NV em 2005. Mas, em geral, avaliam-se como positivos os processos em curso que, em médio prazo, irão impactar a vida e a saúde da população de Fortaleza.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A constituição das RA, da IG e da IE para tomada de decisão democratiza o SUS. Apresenta o mérito de contrapor-se às práticas de planejamento e intervenção burocatizadas, tecnocráticas e autoritárias, ampliando a convivência solidária, porque centrada no outro e não em si, porque focada em objetivos construídos coletivamente.

CAFÉ COM IDÉIAS: UMA AÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA SAÚDE

Autor principal: Lumena Almeida Furtado
Outros Autores: André Luis Bonifácio
Instituição: Ministério da Saúde
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO

Qualificar a gestão pública é uma necessidade permanente no processo de construção do Sistema Único de Saúde – SUS. Para tanto, o Ministério da Saúde, responsável pelo acompanhamento, controle e avaliação das ações e serviços do setor, assim como pela cooperação técnica e financeira aos estados e municípios, tem avançado na construção de estratégias, e a estratégia do *Apoio Integrado à Gestão Descentralizada do SUS*, é um exemplo no processo de cooperação numa gestão compartilhada. É nesse contexto que o Departamento de Apoio à Descentralização/SE formulou o *Plano de Formação* para qualificação dos apoiadores,em consonância com a política de educação permanente, e o *Café com idéias* tem sido um importante espaço nesse sentido.

OBJETIVOS

Promover a formação e qualificação dos trabalhadores do SUS, bem como a integração entre as áreas do MS.

MÉTODO

O *Café com Idéias* configura-se como um espaço estratégico de formação, no qual são convidados dois facilitadores especialistas para coordenar uma conversa informal sobre os temas indicados pelos próprios participantes dos encontros. Realizados mensalmente, os encontros são gravados e transmitidos em tempo real pela página eletrônica do MS (www.datasus.gov.br/emtemporeal), possibilitando a participação de um maior número de interessados no debate.

RESULTADOS

De acordo com as avaliações realizadas pelos participantes de cada café, foi apontada a importância desse espaço como um momento de integração e troca de experiências entre os trabalhadores do SUS. O processo de indicações dos temas

possibilitou identificar as principais necessidades dos trabalhadores do MS no que diz respeito à ação de apoio a gestão descentralizada do SUS. Dentre os temas já abordados durante os cafés com Idéias destacamos : espaços em rede para a criação de relações cooperativas; territórios como base para a criação de políticas públicas; ética na gestão e diálogo. Debatemos as principais características das relações federativas, da participação social, e dos desafios do SUS atualmente, bem como a importância da promoção de uma cultura de paz no cotidiano. Os debates realizados nos encontros resultaram na organização do livro *Cafécom Idéias – As Idéias do Café*, ampliando a capacidade de divulgação de temas tão relevantes para consolidação do SUS.

CADERNOS DE INFORMAÇÃO SOBRE GESTÃO EM SAÚDE:INSTRUMENTO DE APOIO À COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERGOVERNAMENTAL

Autor principal: Lumena Almeida Furtado
Outros autores: André Luis Bonifácio de Carvalho; Adriana de Medeiros Cavalcanti; Nádia Nascimento e Márcia Lotufo
Instituição: Ministério da Saúde
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

O Ministério da Saúde – MS vem desenvolvendo, desde 2003, a proposta do Apoio Integrado à Gestão Descentralizada do SUS - AI, coordenada pelo Departamento de Apoio à Descentralização/DAD, da Secretaria Executiva. O apoio à gestão pode ser definido como um conjunto de estratégias com a finalidade de promover a integração e coordenação dos processos de gestão, bem como fortalecer a capacidade de governo sobre o sistema de saúde nas três esferas de gestão do SUS.

Assim, com o objetivo de facilitar a integração e articulação das ações de apoio e acompanhamento do MS, bem como o monitoramento das atividades de apoio e acompanhamento pelos dirigentes do MS, foram desenvolvidos os "cadernos de informações estratégicas para a gestão qualificada".

O desenvolvimento desse instrumento justifica-se com base nos seguintes argumentos:

• Disponibilizaria um diagnóstico integral da situação dos diferentes estados, municípios e regiões aos técnicos e dirigentes do MS;

• Promoveria a cultura de uso gerencial de informações em saúde para a tomada de decisões;

• Facilitaria o trabalho de acompanhamento das ações financiadas com recursos repassados pelo MS a estados e municípios;

• Induziria a melhoria dos sistemas nacionais de informação de saúde; e

• Facilitaria a articulação das áreas técnicas do MS nas atividades de avaliação e acompanhamento.

• A metodologia de elaboração os cadernos foi orientada pelos seguintes pressupostos:

• Aproveitamento dos instrumentos e/ou informações já desenvolvidos/acumulados pelas iniciativas das várias áreas do MS;

• Necessidade de instrumentos sintéticos, objetivos, de fácil acesso, atualização e consulta;

• Necessidade de instrumentos com componente analítico para subsidiar o processo de diagnóstico, definição de prioridades e tomada de decisão;

• Necessidade de disponibilizar tanto informações gerais como informações referentes a estratégias prioritárias do MS.

• Definição dos indicadores orientada pelas diferentes áreas técnicas do MS.

A partir da análise de instrumentos e relatórios já existentes, foram reorganizadas as informações de forma a: integrá-las; sintetizá-las; facilitar sua apropriação pelas equipes de acompanhamento e dirigentes do MS; e agilizar a atualização das informações disponíveis nos sistemas de informação.

Em 2004, foram elaborados os cadernos de informações estaduais, envolvendo e articulando

diversas áreas do MS, que após análise, elegeram os indicadores mais adequados para constar dos cadernos. Em seguida, no ano de 2005, foram desenvolvidos os cadernos de informações municipais e, atualmente, estão sendo desenvolvidos os cadernos regionais.

Os cadernos contêm um conjunto de informações referentes a: identificação, demografia, condições de vida, gestão (regionalização, descentralização, financiamento, participação e controle social, trabalho e educação permanente), vigilância em saúde e atenção à saúde. Os cadernos municipais, além dessas informações, ainda contêm um conjunto de informações/ indicadores referente ao objeto de trabalho de algumas áreas específicas.

Cabe ressaltar que os indicadores/informações também podem ser alterados ou modificados de acordo com a avaliação/ retroalimentação das respectivas áreas, sendo possível a supressão ou inclusão de novos indicadores.

Essas informações/indicadores têm uma sistemática de atualização mensal, que é realizada, no caso de algumas delas, de forma automática a partir dos bancos de dados nacionais, gerenciados pelo Datasus, ou para outras, de forma indireta, a partir de dados coletados por meio de outros mecanismos (diretamente com apoiadores, bancos de dados específicos das respectivas áreas do MS, etc).

Atualmente, os cadernos estão disponíveis numa página da Internet referente ao Apoio Integrado, com acesso restrito aos técnicos e os dirigentes do MS. Entretanto, há a perspectiva que o acesso possa ser expandido para os demais atores envolvidos com a gestão do SUS.

Os resultados obtidos até o momento são:

• O processo de construção dos cadernos possibilitou uma maior integração e articulação entre as diferentes áreas do MS.

• A disponibilização deste instrumento de gestão para as equipes de apoiadores tem permitido a apropriação rápida e panorâmica da situação de cada estado e município, permitindo a análise e identificação de questões prioritárias, subsidiando a definição de ações estratégicas de apoio técnico do MS.

• As informações fornecidas pelos cadernos também podem ser confrontadas com a leitura de prioridades feita pelos estados, permitindo a discussão e reinterpretação à luz das informações apresentadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde – SES, subsidiando a elaboração conjunta de um plano (agenda pactuada do AI), para de parceria entre MS e SES.

• O uso sistemático do caderno contribui para que se institua uma cultura de uso da informação para subsidiar o processo de gestão.

• Possibilita a análise comparativa entre estados e regiões, subsidiando a construção de um mapa de gestão do SUS.

APOIO A GESTÃO DESCENTRALIZADA DO SUS: ESTRATÉGIA PARA QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DO SUS

Autor principal: Lumena Almeida Furtado
Outros Autores: André Luis Bonifácio de Carvalho; Adriana de Medeiros Cavalcanti; Nádia Nascimento e Márcia Lotufo
Instituição: Ministério da Saúde
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

A experiência de cooperação técnica historicamente constituída no Ministério da Saúde - MS e impregnada nas práticas profissionais das organizações de saúde, ainda tem resquícios de uma cultura centralizadora, muitas vezes permeada por um viés tecnocrático, com práticas de trabalho fragmentadas por áreas programáticas, de um modo geral desarticuladas e com baixa capilaridade na sociedade civil. Como alternativa para superar esse formato tradicional de apoio/cooperação entre as esferas governamentais e buscar a integração entre as áreas do Ministério, a Secretaria Executiva, por meio do Departamento de Apoio à Descentralização/DAD, vem coordenando, desde 2003, a estratégia de Apoio Integrado à Gestão Descentralizada do SUS – AI.

A estratégia do AI assume, como base teórica, o conceito de Apoio do livro "Saúde Paidéia" [1] e sua metodologia vem sendo desenvolvida a partir da experiência junto aos estados e municípios.

O Apoio Integrado tem como objetivos: 1-Promover integração e coordenação dos processos de gestão; 2-Fortalecer a capacidade de governo sobre o sistema de saúde nas 3 esferas de gestão do SUS.

A estrutura de gestão do "Apoio Integrado" dentro do Ministério da Saúde, está constituída por uma Coordenação Geral, sob responsabilidade do Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva; pelo Fórum de Descentralização - espaço permanente de discussão das diretrizes e políticas referente à descentralização; pelo Comitê Gestor, composto por representantes de todas as secretarias e órgãos do MS, responsável pela formulação, monitoramento e avaliação do AI , bem como pela articulação interna a cada área do MS, assegurando o suporte necessário aos apoiadores; pelas equipes de matriciais de referência, constituídas, para cada um dos estados da Federação, por técnicos das secretarias e órgãos do MS. Nos estados, a articulação de ações para a operacionalização das demandas pactuadas nas oficinas é feita, pelos dirigentes locais.

O método de trabalho do AI consiste na realização de oficinas de pactuação e acompanhamento de agendas

integradas junto aos estados, envolvendo o gestor estadual, representantes dos gestores municipais e dos segmentos da sociedade organizada. A agenda é construída a partir da problematização do sistema de saúde local e da priorização de problemas, a partir dos quais são definidas estratégias, ações, responsáveis e prazos. Para o acompanhamento dos estados, estas equipes organizam seus processos de trabalho adotando estratégias diversas, como: realização de reuniões sistemáticas nos Estados e conversas por meio eletrônico, para monitoramento das ações da agenda pactuada; reuniões e agendas de trabalho no âmbito interno do MS, para definição

de uma sistemática de trabalho e estratégias mais adequadas para o processo do AI.

Para dar conta desta tarefa as equipes precisam estar preparadas e nesse sentido foram implementadas várias iniciativas no MS, entre elas:

a) Publicação do documento "Apoiador: Experiências partilhadas, soluções coletivas" – que trata dos aspectos conceituas, metodológicos e organizacionais do AI e tem sido adotado como norteador dos técnicos para o exercício da função de apoiador nas relações intergovernamentais.

b) Publicação do documento "Políticas e Ações do MS no apoio à gestão do SUS nos Estados e Municípios" – que elenca as "ofertas" estruturas de apoio e cooperação atualmente disponíveis no MS.

c) Site do Apoio Integrado – espaço virtual de registro, comunicação e acompanhamento das ações de cooperação técnica.

d) Realização de duas oficinas de trabalho por ano - espaços onde se reúnem todos os técnicos e dirigentes envolvidos com o AI, e que permite a difusão das políticas e planos do MS, avaliar a condução do Apoio, e favorece o desenvolvimento de um espírito de grupalidade, fundamental para o avanço da proposta.

e) "Café com Idéias" – conversa informal, realizada mensalmente na Biblioteca do MS, onde dois convidados - facilitadores discutem com os participantes temas específicos e de interesse dos apoiadores e dirigentes.

f) Curso de atualização sobre metodologia de planejamento, regulação da assistência, gestão do fundo de saúde, entre outros.

g) Curso de especialização/aperfeiçoamento sobre temáticas de interesse para o apoiador.

Resultados: No período de nov/2003 a dez/2005 a estratégia do AI envolveu 26 estados da federação, sendo 22 formalmente e 4 por demandas pontuais (apoio ao processo de regionalização e gerência de hospitais). O desenvolvimento das agendas apoiou os estados e municípios no enfrentamento de problemas da gestão do SUS, bem como permitiu instituir mecanismos na busca da qualificação de ações de apoio do MS junto às demais esferas de governo, estabelecendo fluxos transversais e respostas integradas (p.ex.: a estruturação da política de regulação da assistência) às demandas expressas nas agendas pactuadas.

Na visão dos apoiadores do MS, a estratégia do AI tem sido referida como uma positividade, pois permitiu que eles vivenciassem a experiência de articulação, visualizassem e se guiassem por um plano de ação mais articulado, e ampliassem o conhecimento sobre a estratégia do apoio, sobre planos e as ações do MS e dos estados, além de promover integração das três esferas de governo e propiciar espírito de equipe/ grupalidade.

No entanto, por ser uma proposta nova, complexa, com alto grau de inovação e que demanda mudanças de práticas e atitudes, o AI vem enfrentando dificuldades de diferentes naturezas, que impõe desafios. Isso impõe desafios no sentido de se buscar a legitimidade e a sustentabilidade desse "novo modo de fazer e agir" nas relações intergovernamentais e entre os diferentes atores sociais num processo de gestão compartilhada.

Nesse sentido, com a nova orientação para gestão do SUS-Pacto pela Saúde[2]-, pactuada de forma tripartite, vislumbra-se o fortalecimento da estratégia do AI para a qualificação da gestão descentralizada e aperfeiçoar as relações de cooperação intergovernamental.

---

[1] CAMPOS, G.W.S. Saúde Paidéia. São Paulo, HUCITEC, 2003.

[2] PT/GM 399/22/02/06

MICRORREGIÕES DE SAÚDE E ACESSO À ATENÇÃO SECUNDÁRIA NO CEARÁ.

Autor principal: Magna Renyldes Nojosa Oliveira
Outros autores: Arnaldo Ribeiro Costa Lima; Jocileide Sales Campos
Instituição: SESA-CE; NESC-UFC; ESP-CE
Município: Fortaleza
Estado: Ceará

O modo como se organiza o nível secundário de atenção à saúde oferece pouco acesso e baixa resolubilidade, provocando demanda imprópria aos hospitais de nível terciário, comprometendo a qualidade dos serviços prestados e acarretando muito sofrimento à população em geral.

O Estado do Ceará resolve enfrentar esse problema fortalecendo 27 unidades hospitalares no interior do Estado e três em Fortaleza. Através do Programa Saúde Mais Perto de Você - PSMPV é feito um repasse mensal de recursos financeiros destinados a custear a contratação de médicos especialistas e a aquisição de medicamentos e de material médico-hospitalar.

Os 30 hospitais distribuídos na Capital e no interior do Estado se dispõem a oferecer, como pólo microrregional de saúde, um serviço especializado em procedimentos do segundo (M2) e do terceiro (M3) níveis da média complexidade em atenção à saúde, de forma descentralizada. Dar acesso com resolubilidade na microrregião de saúde é o objetivo desse programa (PSMPV). Os gestores de hospitais pólos microrregionais, acreditando nessa proposta de organização, realizaram investimentos em suas unidades, buscando adequá-las ao novo perfil assistencial.

Como contribuição para esse processo de reorganização da atenção à saúde no Ceará, este estudo avalia resultados tangíveis possivelmente influenciados pela implantação do PSMPV. Utilizando o programa Tabwin, analisam-se dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), em proporcionalidade demográfica de macrorregiões e de microrregiões de saúde do Ceará, e comparando-os, estabelece-se uma classificação para o acesso aos serviços. As alterações desse acesso, entre 2002 e 2004, são então observadas, confrontando essas variações com investimento local e com o custeio do PSMPV, realizados no mesmo período. Considerados outros determinantes, pode-se verificar a eficácia do programa, na busca de uma melhor organização de serviços de saúde no Ceará.

Observou-se que alguns hospitais apresentaram melhoria significativa de acesso, mas a maioria não obteve o mesmo êxito.

Propõe-se, com esta pesquisa, um instrumento de avaliação para situações e programas de internação hospitalar.

* Apresentador

INOVAÇÃO NO PROCESSO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DISPONIBILIZADOS PELO PROGRAMA DE MEDICAMENTOS DE DISPENSAÇÃO EM CARATÉR EXCEPCIONAL NO ESTADO DE ALAGOAS

Autor principal: Maire Rose de Sousa Silva
Outros autores: Maria Erivanda Castelo Meireles
Instituição: Secretaria Executiva da Saúde do Estado de Alagoas
Município: Alagoas
Estado: Estado: Maceió

O Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional é responsável por um grupo de medicamentos destinados ao tratamento de patologias especificas que atingem um significativo número de pacientes, que na maioria das vezes permanecem no programa por períodos prolongados. Entre os usuários desses medicamentos estão os transplantados, os portadores de hepatite B e C, insuficiência renal crônica e esquizofrenia. Segundo o levantamento feito pela SESAU-AL, o Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional atende cerca de 5.000 pacientes cadastrados desde 1995, que sempre tiveram dificuldade em receber os medicamentos na quantidade e periodicidade necessárias para o efetivo controle das doenças. Tão importantes quanto os recursos financeiros necessários para a aquisição destes medicamentos são a organização e a eficiência do gerenciamento deste Programa, principalmente nos aspectos operacionais e administrativos. Com o objetivo de qualificar e humanizar o atendimento, além de racionalizar e otimizar os recursos existentes, a equipe de farmacêuticos do Projeto de Assistência Farmacêutica Estadual – PROAF, buscou o aprimoramento da organização da Farmácia de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepciona - FARMEX, elaborando e implantando no segundo semestre de 2003 o Calendário de Agendamento para dispensação mensal de medicamentos baseado no quantitativo de pacientes por doença, na forma farmacêutica dos medicamentos disponibilizados e na infra-estrutura existente que possibilitaria o acompanhamento e o monitoramento dos pacientes cadastrados. Com a sua implantação, o Calendário de Agendamento possibilitou a diminuição das filas, adequação do Ciclo de Assistência Farmacêutica Estadual, a garantia do recebimento dos medicamentos em períodos regulares, melhor organização dos serviços prestados pela FARMEX, maior satisfação dos usuários e resgate da credibilidade no SUS.

O DESPERTAR EM SAÚDE PARA A COMUNIDADE RURAL

Autor principal: Maja Cristina Toledo Alves
Instituição: Fundação Zerbini
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

A área rural do Distrito Federal tem um sistema de saúde deficiente. A comunidade que vive nesta área, com relação a comunidade urbana, possui uma saúde precária e dificuldades de acesso à saúde. Estas comunidades estão excluídas das políticas sociais básicas (Trabalho, educação, saúde, alimentação). A estratégia do Programa Saúde da Família na região do Distrito Federal surgiu como uma forma de reorganizar a atenção básica em saúde, dando prioridade para as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua, principalmente da comunidade rural. Tem como objetivo levar a saúde para mais perto da família, e assim, melhorar a qualidade de vida, reafirmando os princípios básicos do Sistema Único de Saúde: Universalidade, Descentralização, Integralidade e participação comunitária. As Unidades de Saúde da Família Rurais – USF – trabalham com uma equipe multiprofissional, composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Foi assumido assim, um desafio de trabalho em equipe, multidisciplinar, com responsabilidade sobre um território, onde vivem e trabalham 4500 pessoas ou 1000 famílias aproximadamente. As equipes de saúde afirmam que os residentes rurais estão cada vez mais dispostos a aceitar os serviços, que os ajudarão a continuar vivendo em seus próprios domicílios. O incentivo à participação da comunidade no reconhecimento dos determinantes de risco aos indivíduos, tem permitido maior consciência sobre sua realidade, tem aumentado a solidariedade entre as pessoas da comunidade e tem buscado soluções alternativas, sempre respeitando a realidade local.

PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE

Autor principal: Márcia da Luz Motta
Outros autores: Cristianne Haraki; Ludmila Neves; Margarete Oliveira; Priscila Andrade; Rita de Cássia Martins; Suzanne Serruya
Instituição: Ministério da Saúde/ Sctie/ Decit
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

Inúmeros são os desafios a serem enfrentados para o fortalecimento da pesquisa em saúde no Brasil. As atividades nesse campo, apesar de representarem mais de 30% do esforço em pesquisa no país, não apresentam investimentos suficientes, principalmente nas regiões menos desenvolvidas. Diante disso, o Ministério da Saúde - MS, por meio do seu Departamento de Ciência e Tecnologia - Decit, desenvolve desde 2001, atividades de fomento descentralizado à pesquisa. Os resultados alcançados com essa ação impulsionaram o MS a lançar, em 2004, o Programa *Pesquisa para o SUS*- PPSUS, por meio do qual o Decit realiza o fomento descentralizado de pesquisas em saúde para todas as regiões do país, a fim de apoiar pesquisas que visem a contribuir para a resolução dos problemas prioritários de saúde da população brasileira e para o fortalecimento da gestão do SUS. Para tanto, o MS, alocou recursos financeiros às fundações de amparo à pesquisa que, juntamente com as secretarias estaduais de saúde, lançaram editais para seleção de projetos relevantes para o SUS. Essa iniciativa de descentralização do fomento à pesquisa em saúde prioriza a gestão compartilhada de ações por meio da inédita parceria entre instâncias estaduais de saúde e de Ciência e Tecnologia (C&T), tendo como parâmetro as necessidades reais da população. Na primeira etapa foram celebrados convênios com 10 estados, financiadas 148 pesquisas em 52 instituições, envolvendo recurso da ordem de 3,2 milhões de reais. Na etapa 2004 / 2005, estendeu-se o PPSUS a 22 estados brasileiros. Nos 5 estados restantes, que não possuem instância formal de C&T em seu território, os editais de pesquisa foram viabilizados pelo próprio MS, nesta etapa foi alocado recurso da ordem de R$ 21 milhões, financiadas 435 pesquisas, atendendo aproximadamente 120 instituições. Dessa forma, busca-se reduzir as desigualdades regionais no campo da produção científica e tecnológica em saúde, mobilizar a comunidade científica para o desenvolvimento de pesquisas em tema que enfocam os principais problemas de saúde da população brasileira, e contribuir para o desenvolvimento das instâncias de Ciência e Tecnologia nos estados brasileiros, por meio dos recursos financeiros do Programa e da experiência acumulada no fomento a pesquisa na saúde. Para 2006, o programa prevê um orçamento de 36 milhões de reais e um financiamento de 650 pesquisas.

PALAVRAS-CHAVE Ciência e Tecnologia- Pesquisa em Saúde- Fomento Descentralizado

OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE COMO INSTRUMENTOS DE COOPERAÇÃO NO CONTROLE; AVALIAÇÃO E AUDITORIA DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS

Autor principal: Marcia Regina Ebert
Outros autores: Dario Francisco Olivet Salles
Instituição: Consórcio Intermunicipal de Saúde do Nordeste de Santa Catarina - CIS/AMUNESC
Município: Joinville
Estado: Santa Catarina

Diante das dificuldades encontradas pelos municípios na implementação do SUS – Sistema Único de Saúde, os Consórcios Intermunicipais de Saúde surgiram como unidades de otimização dos recursos públicos, uma forma de colaborar na execução de determinados serviços, objetivando a racionalidade e garantia de acesso e qualidade aos serviços ofertados aos usuários do SUS. Na área da saúde, o consórcio, é um instrumento que confere aos municípios maior poder de ação, aplicando-se os princípios e diretrizes básicas do SUS previstos em leis e normas operacionais. Os consórcios intermunicipais de saúde têm sido uma alternativa e estratégia encontrada para minimizar as dificuldades encontradas de acesso a saúde pública nos municípios de pequeno e médio porte, tema esse que vem gradativamente sendo de grande relevância no âmbito das organizações municipais. O próprio Ministério da Saúde considera o consórcio um importante instrumento para a consolidação do SUS agora assegurado com o advento de Lei Federal nº. 11.107, de abril de 2005.

O presente estudo analisou as bases conceituais, aspectos jurídicos, estrutura organizacional e as etapas de formalização dos consórcios intermunicipais de saúde, tendo como objetivo demonstrar que os mesmos podem ser instrumentos eficazes de cooperação na resolutividade de ações de Controle, Avaliação e Auditoria no âmbito do SUS. Em função das dificuldades operativas dos atuais Sistemas Reguladores Estaduais e Municipais de Controle, Avaliação e Auditoria e para atender a inexistência ou insuficiência das ações em saúde, os consórcios se colocam como instrumento operacional que representam interesse qualitativo e quantitativo dos municípios consorciados, ordenando o fluxo da oferta existente para atendimento aos diversos serviços em saúde como de procedimentos (exames) de saúde de média e alta complexidade, aquisição de equipamentos, prestação de serviços multidisciplinares (auditoria médica, odontológica, enfermagem, autorização médica, etc.), saúde mental, serviços de odontologia, farmácia, hemonúcleo, laboratório, capacitação de profissionais para a área da saúde, regulação de serviços de Controle, Avaliação e Auditoria e serviços das ações programáticas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde entre outros. Para nortear estes objetivos, faz-se necessário realizar um planejamento integrado de ações regionais, de acordo com os dados epidemiológicos relevantes e em consonância com os recursos humanos e materiais existentes na região.

Para ilustrar as vantagens de um Consórcio Intermunicipal de Saúde, citamos a experiência constatada e exemplificada pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da AMUNESC, sendo elas: constituem espaço privilegiado de coleta de informações e estimulam a interação dos diferentes experimentos exitosos entre os municípios; procuram, facilitam e direcionam a garantia do acesso aos usuários, credenciando os serviços de saúde, sempre que possível mais próximo do seu domicílio; controlam periodicamente a oferta e a demanda na prestação dos serviços credenciados, definindo rede e organizando fluxos assistenciais de referência e contra referência, cobrando na ordenação mais racional dos serviços regionais de saúde; representam o cidadão/paciente e advogam por ele dentro da complexidade das relações intermunicipais; definem a sua área de atuação e população de abrangência em consonância com as macrorregionais preconizadas no Plano Diretor de Regionalização – PDR; propiciam como fórum democrático a quebra dos diversos interesses antagônicos existentes entre o gestor estadual/município pólo-sede/municípios satélites; possibilitam a compra de serviços de saúde públicos ou credenciados através do quantitativo parametrizado e programado pelos municípios, proporcionando uma busca ativa, contínua e gradativa pelo preço público SUS, eliminando a sobre-oferta de alguns serviços e ampliando a sub-oferta de outros; oportunizam um mix de negociação consorciado público/privado, induzindo os prestadores a cotizarem na sua programação de venda, sob eminente interesse público, à necessária prestação de serviços de saúde de exames de alta e, sobretudo os de média complexidade; permitem a quebra do prevalecimento e a diluição

de interesse individuais de gestores municipais que queiram beneficiar a compra e o financiamento de serviços de saúde descomprometidos com os postulados e ideários do SUS; aperfeiçoam, possibilitam e desenvolvem os sistemas municipais de controle e avaliação com a introdução, institucionalização, flexibilização e uniformização de protocolos clínicos médicos para serem usados pelos municípios consorciados; contratam auditoria médica, odontológica, enfermagem, médicos e odontológos autorizadores para os municípios consorciados, otimizando os recursos e buscando efetivos resultados operacionais e epidemiológicos; permitem a adoção da modalidade de contratação por credenciamento universal, democratizando o acesso, ampliando a oferta e a livre escolha na região adstrita e melhorando a qualidade e acesso na prestação dos serviços oferecidos; criam mecanismos contínuos de gerenciamento, controle e avaliação; oportunizam o desenvolvimento de um espírito cooperativo dentro de uma instância micro ou macrorregional; colaboram em parceria para a efetiva consolidação do SUS; propiciam ganhos de escala em compras e contratação de serviços de uso comum entre tantas outras vantagens.

A prestação de serviços de saúde por meio de consórcios deve, no entanto, estar inserida em um contexto regulatório que estabeleça regras de funcionamento e permita, assim, potencializar ganhos.

SISTEMA DE ORGANIZAÇÃO PARA MODELOS ASSISTENCIAIS DO SUS - SOMASUS

Autor principal: Marcio Nascimento de Oliveira
Outros autores: Adla Marques; Leonardo Mello; Joyce Lucena; Elizabeth Bastos; Marcos Lucatelli; Marcos Ferreira
Instituição: Ministério da Saúde / SE / DIPE / CGP
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal
E-mail: Marcio.oliveira@saude.gov.br

A existência de deficiências estruturais na área da saúde pública brasileira é notoriamente conhecida. Particularmente, a precária situação da infra-estrutura em saúde merece atenção, tendo em vista a carência de recursos para investimentos e atualizações tecnológicas na rede de serviços. Diante deste quadro, é de suma importância que o processo de planejamento seja integrado e que leve em consideração características como: perfil da população a ser atendida; demanda regional; perfil epidemiológico; recursos humanos e financeiros disponíveis; entre outros, de forma a garantir uma maior sustentabilidade e eficácia aos investimentos.

Durante o processo de análise dos milhares de projetos encaminhados anualmente ao Ministério da Saúde, foi observado que, por muitas vezes, os técnicos e planejadores, responsáveis pela construção dos planos de trabalho, ignoravam alguns dos parâmetros básicos necessários para o melhor funcionamento dos serviços, o que levou à identificação da necessidade de serem desenvolvidos novos mecanismos para auxiliar estes gestores na tomada de decisões e na conseqüente ampliação da oferta de saúde à população.

Considerando a importância de adequar os tipos de serviços às condições específicas dos municípios, de acordo com o seu papel da rede de saúde, foi proposta a criação de um sistema organizacional, que contemplasse estas informações, agindo como elemento facilitador do planejamento em saúde. O Somasus – Sistema de Apoio à Elaboração e Organização de Projetos de Investimentos em Saúde, foi desenhado para atuar como um instrumento não apenas para facilitar a apresentação de projetos ao Ministério, mas para dar impulso à consolidação do processo de reorganização da atenção à saúde no país.

O sistema, que incorporou as discussões do grupo técnico do Banco de Preços de Equipamentos, iniciadas em 2003, teve seu protótipo apresentado em diversas ocasiões (oficinas, seminários, etc) durante o ano de 2004, resultando no aperfeiçoamento das informações e de suas funcionalidades, culminando com o lançamento de sua primeira versão, que foi disponibilizada em abril de 2005, ainda em fase de testes. Após alguns meses de utilização, vários comentários foram recebidos, tanto de usuários quanto de técnicos do próprio MS, levando ao aperfeiçoamento da ferramenta, até sua versão atual.

O Somasus tem como base os parâmetros de cobertura assistencial do SUS, segundo a Portaria Nº 1101/GM, de 12 de junho de 2002, e inclui dados relativos aos Planos

Diretores de Regionalização (PDRs) de estados e municípios. O processo de regionalização e as políticas de saúde incluídas no desenho do sistema, são fundamentais para a concretização do projeto proposto, uma vez que irão garantir que as necessidades locais sejam consideradas, otimizando a alocação dos recursos disponíveis. Ele apresenta ainda dados relacionados aos municípios – tais como a identificação do território, capacidade instalada e gestão –, além de informações sobre os diversos tipos de serviços de saúde e suas características físicas, relacionando-os com equipamentos e materiais permanentes (existentes e necessários) e incluindo especificações técnicas mínimas e margens de preço, considerados fundamentais ao processo de planejamento dos investimentos na rede de atenção à saúde.

Espera-se que, a partir da utilização do sistema, os projetos encaminhados ao Ministério estejam mais adequados às necessidades reais da população, refletindo a realidade dos municípios e estados, e permitindo uma maior agilidade no processo de análise técnica e conseqüentemente na aprovação dos mesmos.

AUDITORIA DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES EM CURITIBA - UMA NOVA ABORDAGEM

Autor principal: Marcus Seade
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba
Município: Curitiba
Estado: Paraná

INTRODUÇÃO

O exame analítico da AIH realizado através da conferência das informações contidas nos seus espelhos comparadas com os dados encontrados nos prontuários dos pacientes representa importante atividade de auditoria. Em março de 2005 uma nova proposta foi introduzida na rotina da auditoria das internações hospitalares realizadas pelo Sistema Único de Saúde em Curitiba: a análise dos espelhos e bloqueio das AIHs com irregularidades prévios ao processamento e pagamento.

OBJETIVOS

A idéia inicial foi a de que a mudança poderia representar um incremento na identificação de inconsistências que impedissem a aprovação para pagamento das AIHs, agilizando o processo de auditoria e educando os prestadores quanto à adequação às normas para a cobrança de procedimentos. Além disso, tendo em vista a forte tendência de crescimento constante dos gastos com a assistência hospitalar sem a devida previsão orçamentária, o projeto também teve por meta buscar a otimização dos insumos disponíveis para a assistência hospitalar no Município de Curitiba, observando os preceitos de responsabilidade fiscal e de eficiência na produção de serviços financiados com recursos públicos.

METODOLOGIA

Com priorização dos procedimentos de alta complexidade porém sem prejuízo para a análise dos de média complexidade e estratégicos, foi introduzida na rotina do Centro de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba a auditoria prévia das AIHs simuladas (espelhos de AIH) ao envio dos arquivos de produção hospitalar para processamento pelo DATASUS, atividade até então inédita para o setor, responsável pela análise das cobranças hospitalares. A comparação das informações contidas nos espelhos das AIHs apresentadas para cobrança com as informações incluídas pelos prestadores de serviços hospitalares nos laudos autorizados para emissão de AIH e também com os dados registrados nos prontuários dos pacientes deixou de ser, em parte, posterior ao processamento das faturas hospitalares. Foi estabelecido um cronograma de atividades para o setor responsável pela auditoria hospitalar, estabelecendo-se um período de aproximadamente três semanas entre a entrega da fatura dos prestadores de serviços e o envio dos arquivos ao DATASUS para o processamento. Durante este período, ficou instituída a rotina da análise prévia das AIHs, podendo ser bloqueadas aquelas que apresentarem divergências antes mesmo de serem processadas pelo sistema SIH/SUS, evitando em parte as aplicações de glosas por emissão de ordem de restituição.

AUDITORIA DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES EM CURITIBA: UMA NOVA ABORDAGEM *

Introdução

- O exame analítico da AIH realizado através da conferência das informações contidas nos seus espelhos comparadas com os dados encontrados nos prontuários dos pacientes representa importante atividade de auditoria.
- Em março de 2005 uma nova proposta foi implementada: **a análise dos espelhos e bloqueio das AIHs com irregularidades prévios ao processamento e pagamento.**

Objetivos

- Incrementar a identificação de inconsistências que impedem a aprovação para pagamento das AIHs
- Agilizar o processo de auditoria
- Educar os prestadores quanto à adequação às normas para a cobrança de procedimentos hospitalares
- Buscar a otimização dos insumos disponíveis para a assistência hospitalar no Município de Curitiba
- Observar os preceitos de responsabilidade fiscal e de eficiência na produção de serviços financiados com recursos públicos, tendo em vista a forte tendência de crescimento constante dos gastos com a assistência hospitalar sem a devida previsão orçamentária

Metodologia

- Priorizar os procedimentos de alta complexidade, porém sem prejuízo para a análise dos de média complexidade e estratégicos
- Introduzir a rotina da auditoria das AIHs simuladas (espelhos de AIH) prévia ao envio dos arquivos de produção hospitalar para processamento pelo DATASUS
- Comparar as informações contidas nos espelhos das AIHs apresentadas para cobrança com as informações incluídas pelos prestadores de serviços hospitalares nos laudos autorizados para emissão de AIH e também com os dados registrados nos prontuários dos pacientes
- Estabelecer um cronograma de três semanas entre a entrega da fatura dos prestadores de serviços e o envio dos arquivos ao DATASUS para o processamento para as atividades de auditoria
- Bloquear as AIHs que apresentarem divergências antes de serem processadas pelo sistema SIH/SUS, evitando em parte as aplicações de glosas por emissão de ordem de restituição

Produtos

- A percepção inicial do equipe de auditoria foi que a nova rotina passou a ser educativa e a sua simples notificação aos prestadores reduziu em aproximadamente 30% o valor total das AIHs apresentadas em fatura
- Motivos mais freqüentes para praticar os bloqueios: duplicidades de AIH não justificadas, emissão indevida de mais de uma AIH para o mesmo paciente, cobrança de procedimentos especiais e de OPME sem comprovação ou registro no prontuário
- Inconsistências menos freqüentes: incompatibilidade entre os procedimentos cobrados e realizados, diferença entre datas registradas no prontuário e lançadas na AIH
- Irregularidades que ocorrem raramente: cobrança irregular de procedimento cirurgia múltipla e a mudança de procedimento sem a respectiva autorização do gestor
- Em 2005 houve uma **diminuição do número de AIHs de alta complexidade aprovadas para pagamento em 5,5 pontos percentuais**, se comparado a 2004
- Em termos financeiros, no mesmo período houve em média uma **diminuição do total aprovado para as AIHs de alta complexidade em 8,1 pontos percentuais**

Aprendizado com a Vivência: Facilidades e Dificuldades

O que a mudança da rotina de trabalho representou?

- Economia de tempo, agilização do processo de análise de cobranças hospitalares e otimização de recursos disponíveis para a assistência à saúde dos usuários
- Maior conhecimento do perfil de atendimento e comportamento dos prestadores de serviços
- Necessidade de maior organização do setor de auditoria para o recebimento das faturas e impressão dos espelhos de AIH
- Necessidade de maior organização dos prestadores no cumprimento dos prazos de apresentação dos arquivos de produção hospitalar e no preparo dos prontuários a serem separados para a auditoria
- Mais empenho dos auditores no sentido de cumprir as metas quantitativas e qualitativas de análise dos espelhos de AIH e de prontuários dentro dos prazos estabelecidos.

Considerações Finais

- A nova sistemática de trabalho não teve por objetivo substituir totalmente as glosas através da emissão de Ordem de Restituição de pagamentos de AIHs com irregularidades, embora tenha contribuído para diminuir a necessidade desta prática
- A maioria das inconsistências das cobranças tem ocorrido por erros administrativos passíveis de serem corrigidos e que o auditoria, ao invés de punir, deve orientar os prestadores de serviços, nossos parceiros de assistência à saúde.
- A introdução do SIHD facilitará a atuação dos auditores disponibilizando um prazo maior para a análise das AIHs

Centro de Controle, Avaliação e Auditoria / SMS Curitiba

PRODUTOS

A percepção inicial da equipe de auditoria foi que a nova rotina passou a ser educativa e a sua simples notificação aos prestadores reduziu em aproximadamente 30% o valor total das AIHs apresentadas em fatura. Durante o desenvolvimento dos trabalhos, identificou-se vários motivos para praticar os bloqueios, além das duplicidades de AIH não justificadas. Constatou-se que a emissão indevida de mais de uma AIH para o mesmo paciente tem sido a distorção mais freqüente encontrada na análise dos auditores, seguida da cobrança de procedimentos especiais e de OPME (órteses, próteses e materiais especiais) sem comprovação ou registro no prontuário. Entre as inconsistências detectadas figuram também a incompatibilidade entre os procedimentos cobrados e realizados, além da diferença de datas registradas no prontuário e lançadas na AIH. Finalmente, percebeu-se que algumas irregularidades ocorrem raramente, tais como a cobrança irregular do procedimento *cirurgia múltipla* e a mudança de procedimento sem a respectiva autorização do gestor.

Ao se comparar o ano de 2005 com o anterior, percebeu-se uma diminuição do número de AIHs de alta complexidade aprovadas para pagamento em 5,5 pontos percentuais. Em termos financeiros, houve em média uma diminuição do total aprovado para as AIHs de alta complexidade em 8,1 pontos percentuais, conforme registros do banco de dados do DATASUS.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

A mudança da rotina de trabalho representou economia de tempo, agilização do processo de análise de cobranças hospitalares e otimização de recursos disponíveis para a assistência à saúde dos usuários. Porém a sistemática instituída exigiu maior organização do setor para o recebimento das faturas e impressão dos espelhos de AIH, bem como dos prestadores no cumprimento dos prazos de apresentação dos arquivos de produção hospitalar e no preparo dos prontuários a serem separados para a auditoria. Também demandou maior empenho dos auditores no sentido de cumprir as metas quantitativas e qualitativas de análise dos espelhos de AIH e de prontuários dentro dos prazos estabelecidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A nova sistemática de trabalho não teve por objetivo substituir totalmente as glosas através da emissão de 'Ordem de Restituição' de pagamentos de AIHs com irregularidades, embora tenha contribuído para diminuir a necessidade desta prática. Finalmente, a conclusão a que se chegou, felizmente, foi a de que a maioria das inconsistências das cobranças tem ocorrido por erros administrativos passíveis de serem corrigidos e que auditoria, ao invés de punir, deve orientar os prestadores de serviços, nossos parceiros de assistência à saúde.

PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO DA PPI DA ASSISTÊNCIA DO ESTADO DO AMAZONAS NO ANO DE 2005

Autor principal: Maria Artemisa Barbosa
Outros autores: Radija Mary Costa de Melo Lopes
Instituição: Secretaria Estadual de Saude do Amazonas
Município: Manaus
Estado: Amazonas

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O presente trabalho é o produto de um esforço conjunto de gestores e equipe técnica das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde do Amazonas, sob coordenação da primeira, no sentido de tornar a Programação Pactuada e Integrada (PPI), além de um instrumento capaz de subsidiar o planejamento, a execução e a avaliação das ações assistenciais; contribuir para a transparência do processo de alocação de recursos para financiamento da assistência assim como utilização mais racional e equânime da rede de oferta, tornar um momento capaz de favorecer o entrosamento entre os profissionais que integram o corpo técnico da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas (SUSAM) e proporcionar entendimento claro por parte dos gestores dos 62 municípios amazonenses.

Considerando que no Amazonas a última programação assistencial foi realizada em janeiro de 2004, por ocasião da habilitação do Estado à Gestão Plena e que, em que pese ter sido instituida Comissão Permanente de Acompanhamento, não houve alterações na mesma, deixando portanto de refletir a realidade dos municípios, que é dinâmica e necessita de constantes ajustes. Como fazer para envolver os setores que direta ou indiretamente se relacionam com a PPI e motivar os gestores municipais neste processo? Esta tarefa foi coordenada pelo Departamento de Planejamento da SUSAM, em cooperação técnica com o Departamento de Controle e Avaliação Assistencial e demais setores da secretaria.

OBJETIVO

Operacionalizar um processo contínuo de planejamento participativo para a PPI capaz de mobilizar, integrar e fortalecer as equipes gestoras da SUSAM e municípios integrantes das microrregiões assistenciais, com vistas à institucionalização dessa prática.

METODOLOGIA DE DESENVOLVIMENTO E CRONOGRAMA

A metodologia adotada dividiu-se em 4 (quatro) momentos:

1- Um de envolvimento e preparação da equipe, distribuída em grupos de monitores, os quais atuaram como apoiadores nos exercícios práticos, tendo sido realizado treinamento prévio específico para monitoria - 1ª Oficina;

2- Um conceitual e de discussão sobre o conteúdo normativo e entendimento sobre a PPI e a regionalização vigente, proposta no PDR – 2ª Oficina;

3- Um de exercícios para apropriação dos resultados encontrados nos bancos de dados; análise preliminar pela equipe técnica e discussão dos resultados – 3ª Oficina;

4- e, um quarto de utilização do Sistema SISPPI e operacionalização da Programação em laboratório de informática - 4ª Oficina.

A estratégia utilizada para realizar, tanto a análise da PPI anterior como a nova programação foi a realização de Oficinas de Trabalho.

PRODUTOS, O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

1. Assimilação e descrição do processo operacional da PPI: o cuidado em fazer uma preparação prévia dos participantes e a metodología de trabalho de discussão em grupo, com base na análise de situação dos municipios, em relação à capacidade instalada da rede, alimentação de banco de dados, produção de serviços, dados populacionais e epidemiológicos, permitiu uma melhor assimilação do conteúdo, refletida nos encaminhamentos oriundos das oficinas, posibilitando resgatar a credibilidade dos gestores;

2. Análise e divulgação dos resultados: a iniciativa de reunir gestores e técnicos de todos os municípios, para um processo mais democrático foi pioneira. Destaca-se como elemento facilitador a boa adesão por parte do corpo técnico

de vários setores da secretaria estadual, que prontificaram-se em apoiar o evento como monitores, instaurando-se um processo de multiplicação de conhecimento que certamente contribuiu para melhor entendimento do assunto no âmbito das secretarias estadual e municipais.

A programação foi disponibilizada através do site da SUSAM, bem como seus resultados apresentados na CIB e para representantes do Ministério da Saúde.

3. Criação de : Comissão do Tratamento Fora do Domicílio, TFD intermunicipal ; Comissão Permanente de Acompanhamento da PPI.

4. Adequação de : desenho da regionalização obedecendo ao fluxo racional de referência para os serviços de saúde especializados.

5. Identificação e priorização de problemas: dados insuficientes e/ou inconsistentes para fortalecer planejamento mais coerente com a realidade local; falta dos recursos financeiros do Plano Diretor de Investimento (PDI) levando a permanente falta de estrutura nos municípios de referência; fragilidade ou inexistência nas SMS de equipe gestora.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

A inexistência no Estado dessa discussão, impulsionou a equipe coordenadora a superar o desafio e motivar gestores e técnicos, que desconheciam o contexto da programação asistencial. Constatou-se a enorme dificuldade de implantar a regionalização, em razão das longas distâncias dos municípios, problemas na fixação de profissionais de saúde no interior do estado, especialmente para atendimento especializado, criando-se como única referência a Capital.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As oficinas para análise e programação expuseram a necessidade da elabração da PPI como instrumento e momento de planejamento. O desconhecimento do processo por parte dos gestores e técnicos das secretarias municipais e até mesmo estadual contribui para impedir o uso dessa ferramenta na busca da equidade e melhoria do acesso aos serviços do SUS, tão necessários em nossa região.

CONSTRUÇÃO COLETIVA DO PACTO DOS INDICADORES DA ATENÇÃO BÁSICA DO ESTADO DE SERGIPE

Autor principal: Maria Cicera da Silva Alves
Outros autores: Eduardo Carlos Pereira dos Santos; Sergio Luiz Abreu; Leane de Carvalho Machado; Stella Maria Mendes Gouvea
Instituição: Secretaria de Estado da Saúde
Município: Aracajú
Estado: Segipe

INTRODUÇÃO

O Pacto dos Indicadores da Atenção Básica constitui instrumento nacional de pactuação de metas a serem alcançadas por estados e municípios, cujo propósito é fazer o monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde neste nível da atenção. Permite identificar pontos fortes, fragilidades e situações de riscos que exijam mudanças na estrutura e nos processos de trabalho das equipes de saúde, com vistas à melhoria nas condições de saúde da população.

Diante da importância desse instrumento, se faz necessário sensibilizar e instrumentalizar os gestores e profissionais de saúde para a importância da definição de metas dentro da realidade do município e ao mesmo tempo avançando na melhoria dos resultados a serem alcançados.

JUSTIFICATIVA

Até o ano de 2004 o Pacto dos Indicadores tinha um caráter contábil, normativo e burocrático. No ano de 2005, a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe-SES/SE realizou oficinas, trabalhando transversalmente com a Vigilância em Saúde. Entretanto, utilizou metodologia tradicional, não inovando quanto ao saber técnico-científico pré-existente dos gestores e profissionais, não envolvendo os profissionais das Equipes Saúde da Família (ESF) no processo.

Diante do exposto, a SES/SE verificou a necessidade de realizar oficinas político-pedagógicas, de forma ascendente e participativa sensibilizando e instrumentalizando os gestores e profissionais do Saúde da Família, utilizando a metodologia problematizadora, envolvendo também os odontólogos, valorizando esse profissional que se encontra distanciado dos outros membros das equipes.

OBJETIVOS

Integrar gestores e profissionais de saúde dos municípios, no processo de pactuação das metas do Pacto da Atenção Básica 2006, visando à melhoria das ações e serviços de saúde.

- Promover discussões capazes de apontar fragilidades de estrutura e de processos de trabalho nas esferas de gestão do SUS no âmbito da Atenção Básica, com propostas de mudanças.
- Prestar cooperação técnica aos municípios e monitorar a execução do Pacto.

METODOLOGIA

Para cumprir a tarefa de preparar pedagogicamente os atores sobre a necessidade de conferir qualidade às ações e serviços de saúde, a partir do cumprimento de metas pactuadas, mudou-se o formato das oficinas, utilizando a metodologia da problematização e contextualização dos trinta indicadores, constantes na Portaria 493/2006 do Ministério da Saúde.

Assim, os trabalhos de preparação tiveram os seguintes desdobramentos: Elaboração do projeto, desenho da proposta metodológica, definição e preparação dos grupos de trabalhos (facilitadores), elaboração da programação, fluxos, levantamento dos instrumentos (Portaria, dados de 2005, série histórica, etc), elaboração de questionário de avaliação das oficinas, apresentação da proposta metodológica e construção de consensos junto ao grupo técnico da SES, reuniões de estudo, envio de Ofícios aos municípios e definição da logística.

Foram formados quatro grupos de trabalho, que inicialmente exercitaram a construção coletiva do Pacto de um município fictício porém com dados reais. Na medida em que calculavam os resultados de 2005, foram suscitadas discussões, favorecendo a reflexão e análise conjunta das possíveis causas que impactaram no indicador. A linha de discussão foi pautada nas seguintes questões: Por quê e para quê pactuar metas? Quais elementos influenciaram nos indicadores? O que faltou para cumprir? Que medidas deveriam ser tomadas e finalmente quais as competências de cada um (equipes de saúde, gestores das esferas municipal,

estadual e federal).O segundo momento tratou da definição e pactuação das metas 2006, tomando por base a série histórica e a análise dos resultados de 2005. As apresentações interativas permitiram que todos se apropriassem da lógica do Pacto 2006 e do SISPACTO.

Os debates apontaram para fragilidades na gestão e nos processos de trabalho nas três instâncias de gestão do SUS no âmbito da Atenção Básica, possibilitando o entendimento da necessidade de mudar suas práticas, visando a melhoria da qualidade das ações e dos serviços de saúde ofertados à população.

RESULTADOS/PRODUTOS

Os trabalhos ocorreram no período de 04 a 07.04.2006, e contou com a participação de 92% dos municípios, dos quais 95,6% levaram seus coordenadores e profissionais das ESF.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A metodologia adotada e o envolvimento dos técnicos da SES/SE nas oficinas favoreceu e facilitou os trabalhos de grupos. Entretanto, verificamos que as questões relacionadas à logística, insuficiência de recursos humanos, divergência dos dados informados e a pequena carga horária (8h), mostraram-se como fator restritivo na construção do processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo pedagógico participativo permitiu avançar no conhecimento dos Indicadores do Pacto e no entendimento de sua importância como instrumento de monitoramento e avaliação. No entanto, muito há o que se fazer para que este deixe de ser entendido como exigência burocrática, de prestação de contas, imposta aos Estados e Municípios. Neste sentido, é necessário fortalecer o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, investindo institucionalização de encontros e oficinas de capacitação, junto a gestores municipais e equipes de saúde, para que se apropriem deste instrumento, vinculando-o aos instrumentos de programação e organização das ações e serviços de saúde e com isso cumpram seu papel de responder a contento as demandas de saúde da população.

TRANSFORMANDO A GESTÃO

Autor principal: Maria Cristina Rolim Baggio
Outros autores: Isabel Cristina Aparecida Stefano Pellizzari; Manoel Geraldo Ferreira; Roseli Regina Freire Marconato
Instituição: Direção Regional de Saúde de Marília - SES - SP
Município: Marília
Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

A Direção Regional de Saúde de Marília – DIR-XIV – tem 37 municípios em sua área de abrangência, com uma população estimada de 612.852 habitantes, em 2005. O processo de descentralização dos serviços de saúde na região, com expressiva ampliação da rede de serviços sob responsabilidade das administrações locais, gerou um aumento da demanda por capacitação das equipes gestoras municipais, já que a baixa capacidade de gestão é apontada como fator limitante para a melhoria da produtividade e qualidade dos serviços de saúde. Além disso, com o início das novas gestões municipais, em 2005, houve alteração no quadro de secretários de saúde em cerca de 50% dos municípios da região, sendo que muitos dos novos gestores aliavam a inexperiência à falta de formação na área de saúde pública.

Neste contexto, a equipe da DIR- Marília, desenvolveu uma Capacitação em Gestão com ênfase no Plano Municipal de Saúde, para os municípios de sua área de abrangência, objetivando a melhoria do desempenho das Secretarias Municipais de Saúde como parte integrante de um processo de desenvolvimento institucional da organização local do SUS.

Esta capacitação se destinou a técnicos e gestores de sistemas de saúde que buscavam um primeiro contato com o debate acerca do planejamento situacional em saúde, oferecendo um método e um conjunto de instrumentos de trabalho a serem utilizados para a elaboração do Plano Municipal de Saúde, entendido não só como o resultado de um processo político, mas também como um instrumento de gestão, um guia para a ação dos dirigentes e técnicos responsáveis pela organização e desempenho do sistema municipal de serviços de saúde. Ou seja, uma ferramenta desencadeadora do processo de planejamento e programação que contribua para a construção de um modelo de atenção integral à saúde, tomando como objeto de conhecimento e intervenção os problemas de saúde da população, identificados, descritos e analisados, articulando a visão clínica com o enfoque epidemiológico e social.

PROPÓSITO

Capacitar as equipes gestoras municipais para elaboração de um Plano Municipal de Saúde cujas ações e metas estejam articuladas com o diagnóstico situacional local e com os princípios e diretrizes do SUS, incorporando atividades de monitoramento e avaliação.

METODOLOGIA

Esta capacitação utilizou a metodologia problematizadora e se constituiu de 4 seqüências de atividades (S.A.), cada uma delas trabalhando um determinado conceito chave: SA1: Identificando problemas; SA2: Explicando Problemas; SA3: Desenhando Operações; e SA4: Monitorando e Avaliando. Estas atividades foram realizadas em 6 momentos presenciais (oficinas de trabalho), de 8 horas, com uma carga horária total de 48 horas. Intercaladas aos momentos presenciais, foram realizadas 5 atividades de dispersão de 16 horas, totalizando 80 horas, onde os participantes refletiram e vivenciaram, em sua prática, os conceitos trabalhados na concentração, para elaboração do Plano Municipal de Saúde. Durante as oficinas e na fase de dispersão, contaram com o acompanhamento e auxílio de monitores. Participaram como instrutores e monitores, técnicos da DIR-Marília previamente capacitados, através de uma Oficina Pedagógica (16 horas). Ao final da capacitação os participantes preencheram um instrumento sistematizado, para avaliação dos desempenhos de cada seqüência de atividades.

RESULTADOS

Técnicos de 29 municípios freqüentaram regularmente todas as atividades da capacitação, entregando, após cada seqüência de atividades e correspondente período de dispersão, suas produções parciais do Plano. Apresentaram como produto final o Plano Municipal de Saúde, elaborado a partir dos problemas locais de saúde. A avaliação do processo de capacitação, feita através de um instrumento sistematizado, mostrou que os

participantes avaliaram ter alcançado, em média, no mínimo 76% do desempenho esperado em todas as seqüências de atividades.

Os Planos Municipais de Saúde, produto final da capacitação, foram avaliados pelos técnicos da DIR que participaram como instrutores e monitores. Durante o mês de abril estão programadas discussões com as equipes municipais, para esclarecimentos e adequações dos planos e elaboração de um cronograma de monitoramento e avaliação das metas.

O APRENDIZADO: FACILIDADES E DIFICULDADES

Durante a capacitação, foram muitas e diversas as dificuldades enfrentadas e relatadas pelos participantes, que iam desde a compreensão de aspectos concentuais abordados nas oficinas até o dificil aprendizado de trabalhar em equipe. Os técnicos da DIR-Marília também tiveram dificuldades, no que diz respeito à integração de todas as áreas, na tarefa comum de realizar a capacitação. Por outro lado, a metodologia utilizada facilitou de forma importante o aprendizado. Os períodos de dispersão, onde os participantes aplicaram no seu cotidiano o conteúdo discutido durante a concentração, foram extremamente ricos. O grau de participação na elaboração do plano foi bastante variado, sendo que em alguns municípios pode-se perceber o início de um processo de planejamento bastante participativo e integrado, orientado pelos reais problemas e necessidades locais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta capacitação se propôs a iniciar um processo de educação permanente em gestão da saúde, que deve envolver não apenas os técnicos dos municípios, mas também os da DIR-Marília. Além do acompanhamento da efetiva implantação dos planos nos municípios, pretende-se promover outras oficinas para elaboração do relatório de gestão, considerando que este é um importante instrumento de avaliação, a fim de propiciar a reflexão e a análise coletiva de todo o processo.

" VÁRZEA PARTICIPA" A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE GESTÃO DO SUS EM VÁRZEA PAULISTA.

Autor principal: Maria do Carmo Cabral Carpintéro
Outros autores: Carolina Vitti Domingues; Luis Fernando Toffani; Luis Carlos Casarin;José Roberto Spinucci; Marcos Flavio Guedes; Vera Regina Bruno;Eleni Guatura; Odete Augusto de Lima; Cristiane Martins
Instituição: Secretaria de Saúde de Várzea Paulista
Município: Várzea Paulista
Estado: São Paulo

Várzea Paulista possui 105.000 habitantes (IBGE/2005) e localiza-se no Estado de São Paulo, região sudeste do país. É caracterizada como cidade-dormitório pela sua proximidade a grandes centros como São Paulo e Campinas, e ainda á cidades de médio porte como: Jundiaí, Cajamar e Franco da Rocha.

Na sua origem, Várzea Paulista constituiu-se como bairro do município de Jundiaí,
emancipando-se em 1965. No entanto, perdura até hoje a sua dependência cultural e sócio -
econômica. A Secretaria de Saúde em janeiro de 2005 contava na sua base administrativa com um desenho bastante centralizador, sua prática de gestão era autoritária, sem espaços democráticos de decisão e possuía um Conselho Municipal de Saúde pouco atuante. As ações de saúde eram produzidas e limitadas pelo espaço físico das Unidades, desprezando seu entorno. Um exemplo disso, é que as ações de saúde coletiva eram direcionadas para a Vigilância em Saúde a nível central, e sua área de abrangência, bem como o processo de construção da territorialização, desconhecidos.

O termo e o símbolo do Sistema Único de Saúde eram desconhecidos desde a identificação das Unidades e Sede da Secretaria de Saúde, até seus papéis timbrados. A rede municipal funcionava com pouca identidade com o SUS assim como a crise de identidade cultural do próprio município . Diante desse resumido quadro, muitas ações têm sido desencadeadas em consonância com as diretrizes gerais do SUS, da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde e das diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde que objetivam a mudança do *modelo de atenção e gestão*, construindo em Várzea Paulista um SUS humanizado e participativo .

A Gestão Participativa em Várzea Paulista tem sido, desde o início desse governo, uma diretriz norteadora para todas as Secretarias que compõe a Prefeitura. Nesse sentido, foram desencadeadas várias iniciativas institucionais cujo objetivo eram representar um "marco simbólico" do inicio do processo de democratização das decisões do poder público , do planejamento de suas ações e do exercício de " empoderamento" de outros atores sociais como os trabalhadores (servidores públicos) e a comunidade varzina.

As iniciativas foram: O estabelecimento de reuniões periódicas de Secretariado com o Prefeito e sua chefia de gabinete; a constituição de uma equipe técnica e de lideranças comunitárias para conduzir o Orçamento Participativo em todas as suas etapas; o desenvolvimento participativo de um Plano Diretor; a realização da Conferência Municipal da Cidade (articulada com o processo de construção do Plano Diretor), da Conferência Municipal da Assistência, da II *Conferência Municipal de Saúde, da I Conferência de Saúde do Trabalhador,* do I Encontro municipal dos Portadores de Deficiência; e a Reforma Administrativa da Prefeitura cujo principal objetivo foi diminuir o número de cargos comissionados e promover a descentralização da gestão pública, criando cargos intermediários de chefia que não existiam como : supervisão, coordenação e gerência. Na Saúde essa reforma teve impactos importantes: criamos a figura dos Gerentes dos Serviços que não existiam ou que era desenvolvido de maneira informal; e também foram agregadas outras importantes assessorias como a de Participação Popular e de Acolhimento com ligação direta com a Secretária de Saúde, priorizando suas interlocuções.

A partir daí, criamos "espaços" ou " fóruns" com o objetivo de dar um caráter transversal á esse novo organograma, ou seja, que o tornasse " vivo", comunicativo e promovesse maior horizontalidade nas relações de trabalho entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS municipal .

Tendo isso em vista, criamos : o *Colegiado* Gestor, o Colegiado Gestor Ampliado, o Fórum Mensal de Gerentes , o Fórum Mensal de Representantes e as reuniões mensais das equipes dos serviços e áreas de apoio da Secretaria. Paralelamente a isso desencadeamos a criação de espaços de participação da comunidade, promovendo ações de fortalecimento a espaços já existentes, como o *Conselho Municipal de Saúde,* e criando os *Conselhos Locais de Saúde*

para capilarizar esse processo. contribuindo para o seu processo de formação, foi o inicio do *Matriciamento* de algumas áreas de apoio á atenção básica como : o Serviço Social, a Saúde mental , a Saúde Coletiva , a Nutrição e a Participação Popular que tem se utilizado, quando necessário, desses espaços institucionais para desenvolver suas atividades.

Para a construção desse processo de gestão participativa temos contado com outra importante diretriz de governo: a *Regionalização* ou o processo de *Terriorialização* dos serviços de saúde. Pois, frente a preocupação desse governo de estar cada vez mais perto da sua comunidade, atento as suas necessidades e facilitando seu papel participativo e cidadão, esse processo se fez urgente.

Diante da meta de desenvolvermos uma gestão participativa e democrática temos os utilizado a *educação permanente e popular*, e de uma ferramenta que tem sido fundamental para o auxílio de todos esses processos de construção coletiva: *o planejamento estratégicosituacional*. Exemplo disso, foi a construção participativa do nosso Plano Municipal de Saúde e do Plano Municipal de DST/AIDS (PAM), do qual poderemos detalhar mais adiante. Esse tem sido o exercício de construção da Gestão Participativa em Várzea Paulista cujo protagonistas são a comunidade varzina , os trabalhadores e gestores do sistema e que acreditamos ser o caminho para a implantação do SUS municipal.

O TRABALHO EM EQUIPE NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DE CASO

Autor principal: Maria do Carmo Gomes Kell
Outros autores: Helena Shimizu
Instituição: Universidade de Brasilia
Município: Distrito Federal
Estado: Brasília

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia para reorientação do modelo de assistência a partir da atenção básica, sob a égide do SUS. Uma nova forma de cuidar da saúde é proposta, tendo a família e o seu espaço social como núcleo básico de atenção, na perspectiva da integralidade. Destaca o privilégio ao vínculo entre os profissionais de saúde, população e as ações intersetoriais, a fim de contribuir para o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania. Preconiza-se a utilização de um planejamento local participativo como ação reguladora da resolutividade, eficiência e eficácia do serviço (BRASIL, 1997).

JUSTIFICATIVA

O trabalho em equipe é essencial para o alcance dos objetivos do Programa Saúde da Família (PSF), mas ainda são escassos os estudos que abordam a temática, de grande importância para a compreensão das fragilidades e potencialidades existentes, por serem base para o adequado desenvolvimento do processo de trabalhos nessas unidades.

OBJETIVO GERAL

Conhecer e analisar como se desenvolve o trabalho em equipe no PSF e os objetivos específicos identificar e analisar as representações sociais dos trabalhadores, o processo de trabalho, o relacionamento interpessoal, as dificuldades e perspectivas para o desenvolvimento do trabalho em equipe, com a finalidade de oferecer subsídios ao gerenciamento do serviço.

METODOLOGIA

Utilizou-se a metodologia qualitativa, na modalidade de estudo de caso, do Programa de Saúde da Família no município de Santo Antonio do Descoberto – GO. Participaram quatro equipes básicas completas e em funcionamento há seis ou mais meses. Foram realizadas observações nas unidades com registros em diário de campo e quatro sessões de grupos focais nas unidades e duas sessões com integrantes das quatro equipes com uso entrevistas semi-estruturadas, a fim de conhecer e discutir s como se desenvolvia o trabalho em equipe, bem como as dificuldades e perspectivas.

Na análise utilizou-se a técnica de Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre (2003) com os seguintes procedimentos: leitura e análise das questões; identificação e destaque das expressões-chave das idéias centrais, identificação das idéias centrais a partir das expressões-chave, identificação e agrupamento das idéias centrais de mesmo sentido e de sentido equivalente ou de sentido complementar, construção da síntese das idéias centrais de mesmo sentido, finalmente elaboração do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

PRODUTO
DIFICULDADES E FACILIDADES ENCONTRADAS

Os Discursos dos Sujeitos Coletivos (DSC) evidenciam a concepção do trabalho em equipe como a união dos integrantes na busca de um objetivo comum e consideram necessário falar a mesma linguagem e que as decisões devem ser tomadas conjuntamente. A organização hierárquica e a divisão de funções foram percebidas como essenciais, entretanto, deve haver flexibilidade para possibilitar a articulação e complementaridade das ações, que potencializam a possibilidade do alcance de resultados. Em conseqüência da relação rigidamente verticalizada e hierarquizada da gerência com as equipes, que cumprem estritamente as ações programáticas (Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde – NOAS), os sujeitos quase não encontram espaços para a elaboração de planejamento de um projeto assistencial local.

Na analise do processo de trabalho foi constatado que ele ocorre de forma parcelar, em que cada um realiza a sua função de forma isolada ou compartilhada, mas não interativa ou integrada, o que prejudica a assistência integral.

Nas falas evidenciou-se a existência de interação entre os membros da equipe no tocante às relações interpessoais, mas falta a articulação intra e inter equipes. Expressaram a necessidade dos agentes de articular as ações mediante um planejamento que vise as necessidades da população. Para haver articulação das ações, é necessária a intervenção de modo ativo e consciente do trabalhador, buscando evidenciar as conexões entre as ações que realiza e os trabalhos executados por outros, de forma complementar e interdependente.

Constatou-se que não existe inter-relação entre as equipes, mas percebem que seria necessária, pois cada equipe, por si, procura trabalhar os seus problemas e as suas dificuldades. Isso prejudica a possibilidade de troca de experiências, bem como o conhecimento das necessidades, dificuldades e êxitos de outras unidades.Os sujeitos demonstraram anseio em participar da construção de um planejamento para todas as equipes, que deveria ser coordenado pela SES. Este poderia se constituir em um Projeto Assistencial para a população atendida, em livre discussão sobre os problemas e apontar os objetivos da ação coletiva.

CONCLUSÃO

Percebeu-se, ainda, ser imprescindível um novo modelo de gestão em saúde que considere a participação dos trabalhadores envolvidos no trabalho e dos usuários no processo de produção do cuidado.

Nessa perspectiva, o trabalho em equipe deverá ser norteado no investimento da criatividade, na busca de novos mecanismos para a melhoria da qualidade da produção de cuidado em saúde, deverá ter como resultado a satisfação do usuário.

É fundamental valorizar a definição de métodos que impliquem no monitoramento e avaliação de desempenho e de resultado tanto local quanto remoto que assegurem as práticas de ações corretivas.

IMPLEMENTAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTO INFORMATIZADO PARA ACOMPANHAMENTO DA PPI ASSISTENCIAL

Autor principal: Maria do Carmo Paixão Rausch
Outros autores: Paulo Tavares Junior; Miguel Martins Januário Junior; Alexandre Vilaça de Miranda; Artur Austin Umbelino
Instituição: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
Município: Nova Lima
Estado: Minas Gerais

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Pautada na regionalização da assistência de saúde, por meio de um pacto solidário intergestores, a Programação Pactuada e Integrada (PPI-Assistencial) é instrumento de gestão e planejamento da assistência, para a execução dos serviços de saúde de média e alta complexidade. A PPI Assistencial reorienta a alocação dos recursos federais, estaduais e municipais e redefine limites financeiros para todos os municípios do Estado, independente da condição de gestão, devendo identificar as necessidades de saúde da população, e definir quantos e quais são os serviços de saúde que a população terá acesso no próprio município e quais serão referenciados para outros municípios. Portanto, a PPI deve ser coerente com as estratégias de regionalização, visando melhoria do acesso e resolutividade da atenção à saúde nos diferentes níveis. A PPI Assistencial vigente, aprovada inicialmente pela CIB/SUS/MG em outubro de 2003, coordenada pelo gestor estadual, em estreita articulação com os gestores municipais, em respeito ao comando único do sistema de saúde em cada esfera do governo, está disponibilizada na página da SESMG: www.saude.mg.gov.br/ppi_assistencial, em conformidade com a política da SES/MG de tornar públicas todas as informações que possam servir de instrumento para tomada de decisão nos níveis de gestão do SUS/MG.

A construção de um instrumento que permitisse e facilitasse o acompanhamento da execução da PPI foi priorizada e, a partir de março de 2004, vem funcionando como ferramenta fundamental para análise dos dados por Comissão SES/COSEMS, tendo se revelado eficaz para a revisão dos pactos entre municípios e para a construção de propostas de correção visando garantir o direito do cidadão à saúde, corrigindo desigualdades e promovendo a equidade.

OBJETIVOS

Os principais objetivos do instrumento de acompanhamento da execução da PPI são: explicitar os fluxos de referência intermunicipais, acordados entre os gestores, para garantir o acesso da população; acompanhar a execução dos pactos realizados para atendimento da população referenciada através de mecanismos de regulação assistencial; tornar públicas as metas físicas e os recursos financeiros alocados em cada município; possibilitar a visualização da parcela dos recursos destinados ao custeio de ações de assistência à saúde; fornecer subsídios para os processos de regulação, controle e auditoria e avaliação; subsidiar a organização das redes de serviços de saúde; consolidar o processo de regionalização e permitir controle social

METODOLOGIA

A PPI assistencial de Minas Gerais utilizou o Sistema de Programação Pactuada Integrada (SISPPI) do Ministério da Saúde, adaptando-o para macroalocação do teto e definição dos parâmetros assistenciais por subgrupo de procedimentos e é mantida em Banco de Dados Access. O instrumento de acompanhamento da execução da PPI/MG foi construído pelos membros da equipe da Gerência de Programação Assistencial da SES/MG, em linguagem Delphi. Utiliza os dados de produção física e financeira apresentados e aprovados pelos Sistemas de Informação Ambulatorial (SIASUS) e Sistema de Informação de Internações Hospitalares (SIHSUS), disponibilizados pelo DATASUS, acumulados por ano e atualizados por trimestre. Estes dados são cruzados com os da programação física e financeira por município. Utilizando a tabela de coordenadas geográficas dos mapas do Tabwin, os dados são geoprocessados por município, microrregiões , macrorregiões e Estado.

PRODUTOS

O instrumento de acompanhamento da execução da PPI Assistencial contendo tabelas, gráficos e mapas é disponibilizado na página da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais: www.saude.mg.gov.br_ ppiassistencial, e/ou por CD ROM. Contem informações sobre o teto e a execução física e financeira da programação dos procedimentos e subgrupos da média e alta complexidade, ambulatoriais e hospitalares, por município de

atendimento e procedência do usuário, nas internações e procedimentos de alta complexidade ambulatorial. Possibilita ainda, acompanhar o custo médio pactuado e produzido, além do percentual de utilização dos pactos por município, micro, macrorregião e pelo Estado. A série histórica utilizada no instrumento é de um ano, com atualizações trimestrais. O instrumento informa ainda, a produção física e financeira por procedimento, de todos os prestadores públicos e conveniados ao SUS/MG. O geoprocessamento, permite visualização rápida e identificação fácil das principais distorções na execução dos pactos, facilitando acompanhamento, remanejamentos e correção de distorções entre outras ações de controle, regulação, avaliação e auditoria, funcionando como ferramenta de gestão municipal e estadual. Foi desenvolvida neste ano, planilha eletrônica, para remanejamentos de pactos, disponível na internet, para facilitar as adequações e correções necessárias ao processo de programação e pactuação.

APRENDIZADO COM VIVÊNCIAS: F ACILIDADES E DIFICULDADES

A integração das várias áreas de atenção à saúde, em coerência com o processo de planejamento global, deve se dar, no que diz respeito ao diagnóstico de saúde da população e definição das prioridades da política de saúde, em cada região, tendo uma condução coordenada nos seus diversos eixos programáticos, permitindo uma visão articulada da programação no estado e municípios.O instrumento de acompanhamento de execução da PPI Assistencial vem funcionando como potente ferramenta de análise e acompanhamento da assistência à saúde na média e alta complexidade, facilitando a identificação pelos gestores, dos principais pontos de estrangulamento do sistema, possibilitando a adoção de mecanismos que visem regular a oferta e a demanda de serviços, organizar os fluxos e garantir o acesso da população, implementando progressivamente a regionalização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A democratização das informações no processo de elaboração e acompanhamento da PPI tem sido eficaz para a revisão dos pactos entre municípios, e a construção de propostas de correção visando garantir o direito do cidadão á saúde, corrigindo desigualdades e promovendo equidade.

IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE MINAS GERAIS: SUSFÁCIL/MG

Autor principal: Maria do Carmo Paixão Rausch
Outros autores: Paulo Tavares Junior
Instituição: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
Município: Nova Lima
Estado: Minas Gerais

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A regulação de acesso à assistência ganha destaque no SUS, a partir da Norma Operacional de Assistência - NOAS-SUS 01/2001 e NOAS-SUS 01/2002., podendo ser definida como a "disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada". A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, cabendo portanto, ao gestor do SUS programar e regular os serviços de saúde sob sua gestão e buscar garantir o acesso da população de acordo com as necessidades identificadas, respeitando o princípio do comando único e os pactos firmados na Programação Pactuada Integrada – PPI / Assistencial.

O Governo do Estado de Minas Gerais, tendo em vista o objetivo primordial de atender as demandas de saúde dos mineiros, com assistência qualificada e em tempo oportuno, principalmente nas situações de urgência, definiu, como uma das prioridades de sua gestão, a implantação de um Sistema Estadual de Regulação Assistencial, por meio da Secretaria de Estado de Saúde - SES/MG.

OBJETIVOS

Os principais objetivos a serem alcançados com a implantação do Sistema Estadual de regulação assistencial são: organizar de forma equânime o acesso da população aos serviços de saúde garantindo a alternativa assistencial adequada aos usuários do SUS; fortalecer a cooperação dos gestores dos serviços de saúde; estabelecer protocolos assistenciais/ operacionais padronizados e pactuados, visando a eqüidade no atendimento; permitir o acompanhamento e avaliação da execução, por prestador, através de relatórios estatísticos, planilhas e gráficos; identificar as áreas de desproporção entre oferta e demanda; subsidiar as repactuações na PPI e o cumprimento dos termos de garantia de acesso.

METODOLOGIA

A construção e a modelagem operacional do Sistema Estadual de Regulação Assistencial de Minas Gerais foram desenvolvidas sob a coordenação da Superintendência de Regulação da SES/MG tendo sido aprovado na CIB/SUS/MG. A arquitetura do Sistema Estadual de Regulação Assistencial foi desenhada conforme o Plano Diretor de Regionalização. A metodologia para implantação vem seguindo os seguintes passos: sensibilização; mapeamento das unidades operacionais; construção da base de dados do sistema de informação; integração dos sistemas municipais de regulação de leitos e

consultas; treinamento operacional das unidades externas (estabelecimentos de saúde e secretarias municipais de saúde) e das equipes microrregionais para acompanhamento e suporte às unidades externas; treinamento da equipe da Central macrorregional; acompanhamento operacional assistido e colaboração on line para coordenação das equipes macro e microrregionais.

PRODUTOS

Em junho de 2005, concluído o processo licitatório, a SES/MG firmou contrato com o Instituto Brasileiro de Qualidade e Gestão Pública – IBQ&GP para assessoria técnica e consultoria, objetivando a estruturação, execução, capacitação de recursos humanos, bem como utilização de sistemas tecnológicos para implantação das Centrais de Regulação em Saúde Pública: o **SUSfácil MG.** Este software de regulação regional tem como objetivos principais: agilizar a troca de informações de regulação entre as unidades administrativas e executivas dos serviços de saúde, visando garantir a melhoria no acesso da população a esses serviços. Seus módulos e funções são: Regulação de Internações Eletivas/ Urgência / Emergência; Regulação de Consultas/Exames/ Procedimentos de Alta Complexidade; acompanhamento de Indicadores estatísticos e fornecimento de informações para a Vigilância Sanitária e Epidemiológica; gestão interna do Cadastro Nacional de Saúde. Para viabilizar a implantação da rede de centrais regionais de regulação, o Governo do Estado de Minas Gerais está investindo recursos da ordem de 24 milhões de reais ao longo de dois anos de projeto, para custeio de recursos humanos, equipamentos, conectividade à rede de internet, mobiliário, assessoria técnica e consultoria, capacitação. Em 2005 foram iniciados os trabalhos de implantação da Central de Regulação na Macrorregião Norte de Minas, Nordeste e Leste. Em 2006 estão previstas as implantações de sete centrais macrorregionais e para 2007, de mais sete, com suas respectivas centrais microrregionais.

APRENDIZADO COM VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

A implantação das centrais de regulação assistencial tem funcionado como catalisador do processo democrático e solidário entre as esferas de gestão no SUSMG, no estabelecimento de protocolos assistenciais e operacionais, além de subsidiar os gestores na contratação de prestadores, controle e avaliação, assim como em outras funções de gestão, entre elas a programação e a consolidação do processo de regionalização. Também permite identificação de falhas nas linhas de cuidados, a começar pela atenção primária, mapeando necessidades de investimentos e capacitação dos profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação da Regulação Assistencial, como parte de uma política de Regulação em Minas Gerais já se configura como um marco expressivo, qualificando a gestão do SUS, otimizando recursos existentes, contribuindo na melhoria do acesso, na busca da integralidade e na qualificação e humanização das ações de saúde, de acordo com as necessidades de seus usuários.

OUVIDORIA HRAC/USP - 6 ANOS ABRINDO CANAIS

Autor principal: Maria Irene Bachega
Outros autores: Ronise Frediani Motta e Rosa Maria Bicarato Gonçalves
Instituição: Hospital de Reabilitação de Anomalais Craniofaciais
Município: Bauru
Estado: São Paulo

Como exigência do Governo do Estado de São Paulo, através da Lei 10.294, que dispõe sobre os direitos do usuário do serviço público, em setembro de 1999 é criada a Ouvidoria no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofacias – HRAC, da Universidade de São Paulo. Em 2005 a Ouvidoria do HRAC completou seis anos de atividades, com resultados altamente positivos para os usuários e para instituição. A Ouvidoria funcionou como uma alavancagem para a qualidade hospitalar, na medida em que identifica os principais focos de conflitos e sugere soluções.

Hoje a Ouvidoria lidera estratégicas comissões em benefício do usuário e dos colaboradores do HRAC como a coordenação do Grupo de Trabalho de Humanização – GTH, parte do Programa de Humanização do Ministério da Saúde; a coordenação de atividades voltadas ao controle e combate do tabaco e do álcool, também em parceria com o Ministério da Saúde e Universidade de São Paulo; ainda a Campanha "Por Uma Letra Melhor" que visa sensibilizar os profissionais de saúde para a melhoria da letra nas anotações; o Programa "Todas as Nossas Idéias Contra o Desperdício" e o Projeto "Vila Centrinho" que pretende realizar uma complexa intervenção buscando a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos pela região vizinha do HRAC, aos usuários da instituição, além de promover a realização do evento: A Instituição Pública com Qualidade**,** buscou disseminar os conhecimentos sobre a gestão pública aos funcionários do HRAC/USP, com a presença do Secretário da Justiça, do Presidente do IPQ e do Diretor do Procon/SP. Todas as ações são resultadas da exigência do usuário e do rico conteúdo de suas informações, que a Ouvidoria o transforma em projetos e, posteriormente em resultados, atestando que a liberdade e o direito à expressão dos usuários, vêm a aprimorar a qualidade dos serviços.

Ao receber os vários convites para participar de palestras sobre o tema, a Ouvidoria se projeta, divulgando a experiência no pioneirismo. O processo de trabalho da Ouvidoria inicia com o atendimento ao usuário (interno e externo), através dos canais de comunicação colocados à disposição, verifica a elegibilidade do caso para a abertura de procedimento, orienta o usuário ou abre procedimento administrativo, interno e sigiloso. Sempre que possível exige a assinatura do declarante, e semanalmente são avaliados os casos, e realizados os encaminhamentos com muita cautela para um resultado eficaz. O fluxograma é rigorosamente obedecido com respeito à hierarquia da área hospitalar, a entrega dos procedimentos é feita, sempre que possível, pessoalmente pela equipe, que acompanha, passo a passo, cobrando-os retorno em tempo hábil. A equipe também envia a resposta ao usuário, com a avaliação do atendimento.

No início houve grande resistência corporativista, muito peculiar na área de saúde, e comum no imaginário das pessoas, com relação ao conceito de Ouvidoria. No entanto, a alternativa por um trabalho pró-ativo, reverteu o quadro e aprimorou a qualidade dos serviços, provados pelo alto índice de satisfação do usuário, nas pesquisas de opinião realizadas pela própria Ouvidoria, desde o primeiro ano de atividade.

Em 2004, um dos principais programas liderado pela Ouvidoria, foi indicado para concorrer ao Prêmio Sodexho Pass. O *Case: Agentes de Economia* concorreu entre as melhores iniciativas do Brasil, na categoria qualidade de vida. Outras campanhas também são desenvolvidas pela Ouvidoria permitindo a melhoria da qualidade de vida dos usuários e colaboradores.. O Grupo de Trabalho de Humanização - GTH, exigência do Ministério da Saúde, é encabeçado pela Ouvidoria. O "Bom dia Cidadão" tem o objetivo de transmitir noções de direitos e de cidadania pela equipe da Ouvidoria, aos pais e pacientes da Internação do HRAC, numa visita em todas as manhãs.

A Ouvidoria aplica ainda uma avaliação pós-atendimento aos seus usuários, enviada pelo correio com direito a envelope resposta, que garantiu em 2005, 99% de muita satisfação, e não apresentou índices de descontentamento e/ou insatisfação com relação ao atendimento dispensado pela Ouvidoria. Até o final de 2005 a Ouvidoria tinha registrado 2556 procedimentos, com apenas 19 em análise.

A Ouvidoria do HRAC ao conhecer os anseios e as dificuldades enfrentadas pelos pacientes, acompanhantes e funcionários, através dos canais de comunicação colocados à disposição do usuário e uma escuta qualificada, foi capaz de interpretar as manifestações, e transformá-las em ações voltadas para o bem estar desta população. Além disso, contribuiu para o direcionamento da alta administração nos planos de melhorias, que resultou em qualidade dos serviços prestados aos atores responsáveis pela instituição pública hospitalar.

HUMANIZAÇÃO: A DIMENSÃO HOSPITALAR DO HRAC/USP

Autor principal: Maria Irene Bachega
Outros autores: Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas
Instituição: Hospital de Reabilitação de Anomalais Craniofaciais
Município: Bauru
Estado: São Paulo

O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, da Universidade de São Paulo - HRAC/USP, fundado em 1967, com o carinhoso apelido de Centrinho, é especializado no tratamento das malformações craniofacias, com ênfase para as fissuras de lábio e palato, e ainda, deficiência auditiva, visual e de linguagem, num atendimento 100% SUS. Desde a sua criação o HRAC/USP desenvolve iniciativas voltadas para a humanização, sendo então a sua principal filosofia. Em 2004 o Hospital organiza, como exigência do Ministério da Saúde, o seu Grupo de Trabalho para Humanização (GTH), composto por funcionários de diferentes funções e posições hierárquicas, que funcionam como, representantes, multiplicadores e responsáveis por repensar as ações de humanização no HRAC. Atualmente várias ações são desenvolvidas na dimensão de humanização hospitalar, entre elas estão:

1) Repensando um Espaço de Acolhimento e Humanização na sala de Espera, programa do Serviço Social em que são oferecidas atividades educativas, recreativas e culturais, que contribuem para qualificação do tempo de espera dos usuários do HRAC/USP;

2) Programa Mãe Participante, mães de pacientes acompanham e participam dos cuidados com o filho durante a internação;

3) Projeto Biblioteca Viva, iniciativa do Ministério da Saúde, em parceria com o Citibank e Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança, o Projeto estimula a leitura, através do conto de histórias e brincadeiras com os livros, tornando a permanência no Hospital mais tranqüila;

4) Serviço de Educação e Recreação, desenvolve várias atividades grupais com pacientes e acompanhantes com o objetivo de diminuir a ansiedade e promover um resultado mais efetivo com menor tempo de internação;

5) Programa Posso Ajudar, esse programa foi criado com o intuito de oferecer melhor orientação aos pacientes e familiares e investir no potencial dos funcionários afastados por motivos de saúde ou em processo de readaptação;

6) Ouvidoria, além de receber e tratar as demandas, orienta diariamente os pacientes e familiares sobre direitos e cidadania; sugere soluções para a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos pacientes; realiza pesquisas de opinião (satisfação); desenvolve campanhas de prevenção e sensibilização;

7) Núcleo Integrado de Reabilitação e Habilitação – NIRH, programa com a finalidade de dar assistência à capacitação profissional de pacientes, regularmente matriculados na Instituição;

8) Programa Casa Caracol, casa de demonstração a qual atende aos pais das crianças deficientes auditivas, com o objetivo de reproduzir o ambiente familiar, propiciando condições dos pais revelarem a maneira como interagem com a sua criança deficiente auditiva, na presença de um profissional qualificado;

9) Extramuro, com o objetivo de prestar assistência odontológica a alguns serviços assistenciais carentes de Bauru; Os funcionários ficam à disposição dos usuários para informar locais de atendimento, horários, profissionais, entre outras informações.

Além das ações citadas, o GTH atualmente está centrado na alta hospitalar definitiva dos pacientes do HRAC, estabelecendo critérios baseados na alta como processo positivo e humanizado, repensando a equipe e promovendo co-responsabilidade como sujeitos atuantes na produção de saúde e na reabilitação dos pacientes.

O reflexo das ações do GTH posiciona o HRAC entre os hospitais com mais qualidade no país, recebendo dos usuários excelente avaliação nas pesquisas de satisfação e apontado em 2002, pelo Ministério da Saúde, como um dos nove hospitais com mais qualidade.

TODAS AS NOSSAS IDÉIAS CONTRA O DESPERDÍCIO PROGRAMA DE REDUÇÃO DE CONSUMO NO HRAC/USP

Autor principal: Maria Irene Bachega
Outros autores : Ronise Frediani Motta; Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas; Prof. Dr. João Henrique Nogueira Pinto
Instituição: Hospital de Rebilitação de Anomalias Craniofaciais
Município: Bauru
Estado: São Paulo

O uso desorganizado do patrimônio público sempre foi motivo de críticas por parte da população e da imprensa. Isto porque a grande maioria da população, que participa direta ou indiretamente da administração pública, não tem a verdadeira noção de que o bem público pertence a todos os cidadãos e deve ser mantido e preservado com atitudes voltadas à eliminação do supérfluo e para o consumo responsável, visando um desenvolvimento sustentável.

O Projeto "Todas as nossas idéias contra o desperdício" iniciou como uma campanha de diminuição de gastos e supérfluos do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – HRAC e Fundação Para o Estudo e Tratamento das Deformidades Craniofaciais – Funcraf. A idéia surgiu da Ouvidoria que recebia críticas de usuários sobre o excessivo consumo de materiais incorporados por parte de comportamento dos funcionários da instituição, e através do resultado do levantamento de dados dos materiais de consumo do almoxarifado, nos nove meses anteriores a campanha, que sugeria um valor muito alto.

Foi então organizada uma Comissão composta por um "time" heterogêneo, com perfil adequado às expectativas do Projeto e que passariam a ser os Coordenadores da Campanha. Nas primeiras reuniões com a equipe de Coordenadores foi possível identificar a necessidade de ampliar o time de economia, envolvendo mais pessoas para a integração e multiplicação das ações da Campanha. A Comissão conseguiu então envolver 54 Agentes de Economia - funcionários escolhidos para serem os responsáveis pelo controle do desperdício – com o objetivo de atuarem na observação de atitudes dos parceiros que contradiziam ao objetivo da campanha, no ambiente de trabalho, além de levantarem os principais focos de consumo, sugerindo medidas de controle. Foram realizados vários encontros com os agentes a fim de "formá-los" para a atividade, e esclarecer os principais benefícios com as medidas de economia e as relações com questões macro como, desperdício x meio ambiente, desperdício x impostos, desperdício x patrimônio público. Houve ainda a apresentação de um "case" de sucesso por parte de um setor do próprio Hospital. Foi entregue um formulário para cada Agente como roteiro para facilitar o diagnóstico.

Foram mais de 336 idéias sugeridas pelos agentes que, em sua maioria, se reuniu com os demais funcionários do Setor, verificando as principais medidas de economia. As idéias foram filtradas pelos Coordenadores que, após uma reunião com os Agentes, as condensaram em um relatório.

Muitas idéias tinham conteúdos similares, correspondentes ao dia a dia dos funcionários e ainda, de fácil aplicabilidade, como a troca do copo descartável pelo proposto pelo Programa USP Recicla, diminuição do consumo de material de escritório, reutilização de papéis e de disquetes, impressora utilizada em modo econômico e preto-branco, utilização de um copo de café por período, controle dos copos para os pacientes e acompanhantes, redução do consumo de energia, de telefone e de água. Outras idéias como, utilização de refil, troca do post-it por bloco rascunho, controle do uso de xerox, compartilhamento das impressoras criando ilhas de impressão, a devolução dos cartuchos vazios para serem recauchutados. Sugestões específicas como a restrição da Enfermagem para o uso do lenço de papel aos pacientes, a troca uma vez ao dia de equipo e frascos de dieta. Diminuição do uso máscaras, touca, gorro, na enfermagem, na nutrição e na odontologia. Controle do café para ½ garrafa nos setores que consomem pouca quantidade.

Os resultados foram superiores às expectativas já nos primeiros meses de campanha. Um dos itens mais difíceis para o sucesso da Campanha foi o controle. Além do apoio da alta administração para prosseguir e alcançar os resultados almejados foram solicitados relatórios que serviriam como termômetros da Campanha. Nos primeiros seis meses de campanha foi possível verificar a diminuição do consumo registrado através da listagem dos materiais do almoxarifado. Os cartuchos para impressora tiveram queda de 37,17%, os copos descartáveis de água, 20,75%, os de café, 19,30%, os disquetes 50% e os papéis xerográficos diminuíram em 15,7%. Além do envolvimento de toda a instituição, foi firmada a parceria com o Programa – USP Recicla e a campanha se torna um programa permanente, já que foi incorporada como cultura organizacional no HRAC.

REPENSANDO A ATUAÇÃO DO NÚCLEO ESTADUAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO CEARÁ - UMA ESTRATÉGIA DE AÇÃO

Autor principal: Maria Neura Antunes
Outros autores: Maria do Socorro Pereira Pinto; Maria Helena de Sousa Gurgel; Haroldo Jorge de Carvalho Pontes; Mônica Montenegro de Holanda; Rita Maria de Morais Azevedo; Adalgisa de Castro Mota Oliveira; Maria Raimunda Veras de Sá; Maria das Dores Lira Aguiar; Fernando Le
Instituição: Núcleo Estadual do Ministério da Saúde no Ceará
Município: Fortaleza
Estado: Ceará

No final dos anos 70, a crise do capitalismo mundial exigiu uma nova reestruturação. No Brasil seu impacto foi um processo de desmonte do setor público, redução dos direitos sociais e trabalhistas, dos investimentos em políticas sociais, agravamento da pobreza e da exclusão social e aprofundamento das desigualdades. Ao mesmo tempo, importantes contradições vão ocorrendo no cenário político e econômico do país com a ampliação dos movimentos sociais e avanços caracterizados por determinantes políticos gerais. Na saúde, teve destaque o movimento sanitário que não se deu isolado do contexto mundial onde importantes mudanças aconteciam, com um novo conceito de saúde como direito e qualidade de vida, cujo marco foi a Conferência de Alma Ata sobre cuidados primários de saúde. Assim, a saúde passa a ter uma dimensão política pautada nos princípios democráticos e de cidadania; a VIII Conferência Nacional de Saúde cujo tema central foi Saúde Direito de Todos e Dever do Estado tornou-se um marco referencial da saúde pública no Brasil, estabelecendo o novo conceito de saúde como resultante das condições de vida e acesso aos serviços. Também definiu os princípios e diretrizes norteadores do novo sistema. A Constituição Federal de 1988 no capítulo da seguridade social define a saúde como direito de todos e dever do estado, estabelecendo a criação do Sistema Único de Saúde - SUS legalmente instituído pelas Leis nº 8080 e nº 8142 e normatizado o seu funcionamento através das Normas Operacionais Básicas – NOB/91/93/96. A ascensão do SUS como modelo de atenção à saúde, trouxe consigo novos paradigmas para a saúde pública no Brasil, exigindo transformações, como a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS e a reorganização da estrutura e método de trabalho do Ministério da Saúde como condutor da nova realidade. No entanto, essa reorganização, ao acontecer, foi deixando à margem do processo importantes atores da sua prática que compõem a força de trabalho do MS nos estados, mais especificamente aqueles lotados nas unidades gestoras desconcentradas. A gestão federal iniciada em 2003 reestruturou o MS através do Decreto Nº. 4726 mais uma vez sem definir o papel dos núcleos estaduais. Dentre outras medidas criou o Departamento de Apoio à Descentralização - DAD para promover a integração das três esferas de gestão, a cooperação técnica e o planejamento, porém desarticulado dos NE/MS, que também tem papel de interlocução

REPENSANDO A ATUAÇÃO DO NÚCLEO ESTADUAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO CEARÁ- UMA ESTRATÉGIA DE AÇÃO

NÚCLEO ESTADUAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO CEARÁ

com setores locais de saúde e cooperação técnica a estados e municípios. No entanto, ocorreram mudanças no que se refere à Gestão do Trabalho e Recursos Humanos com o MS trabalhando um modelo de gestão de pessoas e a valorização do servidor na qualificação profissional como o Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde direcionado aos servidores dos NE/MS. No Ceará, o curso foi ministrado pela Universidade Federal do Ceará e proporcionou uma reflexão sobre o trabalho no NE/MS, resultando na elaboração coletiva de um plano de trabalho pautado no compromisso com a consolidação do SUS. Este trabalho atende os protocolos curriculares e é uma contribuição dos servidores do NE/MS/CE para o MS, quando propõe, além de sugestões a serem implementadas pelas unidades desconcentradas, mudanças significativas de natureza estrutural. Para sua elaboração foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus como metodologia de trabalho por tomar como foco de atenção os problemas abordados em suas múltiplas dimensões: política, econômica, social e cultural. Na operacionalização do método, no momento explicativo houve uma participação coletiva com discussões produtivas sobre os problemas percebidos e vivenciados no NE/MS/CE, que após a elaboração do protocolo de seleção de problema identificou e selecionou como problema prioritário a ser enfrentado: "A atuação do NE/MS/CE está deficiente para a gestão do SUS". Com o problema selecionado foram construídos seis descritores que facilitaram a explicação e o seu monitoramento. Em seguida elaborou-se o fluxograma situacional para apontar as causas do problema e evidenciar os nós críticos a serem trabalhados para solucioná-lo. No momento normativo foi elaborado um Plano de Ação para intervenção com propostas de operações necessárias e suficientes para enfrentar os nós críticos do problema, mudando a realidade atual. Este plano teve uma abordagem ampla com enfoque em três eixos temáticos: gestão, cooperação técnica e capacitação. No momento estratégico foi elaborada a Matriz de Viabilidade Técnico-Operacional e Política do Plano de Ação com a finalidade de identificar o grau de interesse e a motivação dos atores envolvidos em cada operação. O momento tático-operacional possibilitou a apropriação do Plano de Ação por todos, sendo elaborado o cronograma de execução para a construção de indicadores e de planilhas de acompanhamento dos resultados. Este trabalho resultou para os servidores/alunos do NE/MS/CE a aquisição de novos conhecimentos; aprendizado sobre o Planejamento Estratégico Situacional/PES; maior integração dos servidores/alunos; ampliação dos conhecimentos sobre as políticas públicas de saúde; construção de um novo pensar, possibilitando a transformação dos espaços institucionais e dos processos de trabalho.

Para o NE/MS/CE resultou no exercício coletivo (servidores/instituição) na construção de uma nova prática institucional; possibilidade de melhor utilização da força de trabalho e melhor efetivação do seu papel na implantação e na implementação das políticas de saúde e, conseqüentemente, na consolidação do SUS.

PROJETO DE FORTALECIMENTO DO SNA MUNICIPAL ATRAVÉS DE AÇÕES DE COOPERAÇÃO TÉCNICA - DESCENTRALIZANDO O SNA NO ESTADO DO CEARÁ COMO ESTRATÉGIA DE CONSOLIDAÇÃO DO SUS

Autor principal: Maria Neura Antunes
Outros autores: Daúd Junior; Nacile; Pontes; Haroldo Jorge de Carvalho; Aragão; Adroaldo Silveira; Oliveira; Samuel Abranques de; Barroso; Maria Auxiliadora B.; Cavalcante; Leonardo Pildas de M.; França; Maria de Jesus Macambira de; Aguiar; Maria das Dores Lira; Azevedo
Instituição: SEAUD/CE-DENASUS
Município: Fortaleza
Estado: Ceará

Com o Sistema Único de Saúde – SUS a descentralização torna-se a estratégia fundamental da política nacional de saúde, assim como das suas ações de controle, avaliação e auditoria. O Sistema Nacional de Auditoria – SNA regulamentado pelo Decreto n° 1.651/95, em consonância com o Art. 16, inciso XIX da Lei n° 8080/90 e o Art. 6° da Lei n° 8.689/93, se organiza em três componentes cuja finalidade é atuar junto ao comando único do SUS em cada esfera de governo. O componente municipal do SNA passa a ser uma das exigências de habilitação para a gestão plena do sistema de saúde, definida na NOB/96, normatizadas na NOAS/2001 e 2002, e referendadas na Resolução do Pacto de Gestão/2006. Dos 184 municípios, o Ceará possui 49 em gestão plena do sistema, exigindo a implantação do SNA Municipal. Sua responsabilidade é verificar as ações e serviços estabelecidos no Plano Municipal de Saúde e analisar a conformidade dos procedimentos com os recursos públicos alocados. Diante do pacto federativo, cabe à esfera federal o suporte técnico e financeiro para o desenvolvimento das atividades dos componentes estaduais e municipais do SNA. O trabalho de auditoria vem sendo realizado a partir de demandas espontâneas, de forma desarticulada entre os componentes do SNA, gerando distorções, e resultando em: a) sobre-trabalho, ou seja, a sobreposição de trabalhos de auditoria entre os componentes federal e estadual, b) concentração de responsabilidade no componente federal e, c) distanciamento do componente municipal em relação às suas responsabilidades quanto ao legalmente estabelecido. Neste contexto o Departamento de Auditoria do SUS (DENASUS) incluiu como prioridade no seu planejamento para 2004, intensificar a cooperação técnica junto aos componentes estaduais e municipais do SNA para a qualificação e o fortalecimento do trabalho descentralizado. No mesmo ano o Serviço de Auditoria (SEAUD) do Ceará lançou o *"Projeto de Fortalecimento do SNA Municipal no Estado do Ceará"*, visando implementar a orientação nacional, e que foi reconhecido pelo DENASUS como projeto piloto nacional. O mesmo visa capacitar e acompanhar a gestão municipal na implementação do SNA, a partir do diagnóstico situacional. A comissão criada pelo SEAUD/CE, para elaborar e desenvolver este projeto, buscou sensibilizar os trabalhadores do próprio SEAUD/CE, em especial com a *1ª Oficina Interna de Fortalecimento do SNA*, realizada em 04/11/04, socializando esta ação e possibilitando a adesão. O consenso foi buscado também através de reuniões gerais do serviço. Em 29/11/04 a Direção Nacional do DENASUS aprovou o projeto apontando a sua viabilidade como Piloto Nacional, estruturado tático-operacionalmente em quatro momentos: 1) realização de um diagnóstico situacional sobre a implantação e funcionamento do componente municipal do SNA, nos 49 municípios em gestão plena 2) realização de Seminários de Fortalecimento do SNA Municipal por agrupamento de municípios, sensibilizando para as ações de auditoria; 3) visitas de cooperação técnica aos 49 municípios do componente municipal do SNA, para aprofundar "*in loco*" aspectos técnico-administrativos da estruturação e operacionalização do SNA; 4) realização de seminários loco-regionais, com grupos de municípios já sensibilizados e visitados, envolvendo as Microrregionais de Saúde, para a devolução de resultados das etapas anteriores (censo, visitas) e pactuação intergestora quanto à disposição política de execução do SNA. Como uma das premissas do projeto é a integração dos componentes foi criada a equipe interinstitucional SEAUD/CE/MS e COVAC/SESA/CE trabalhando conjuntamente em todos os momentos do projeto. A partir de janeiro de 2005, foi realizado o Censo, denominado *"I Censo Dirigido à Situação do SNA Municipal no Estado do Ceará"* com base no ano de 2004, cujo instrumento de coleta de dados foi um questionário aplicado junto aos gestores municipais de saúde; exigindo três repescagens devido o não envio das respostas, e, ainda, oito visitas *in loco* a municípios mais resistentes. Estas visitas, também avaliaram a

potencialidade do trabalho de cooperação técnica entre os componentes. Os dados do censo apontaram para a debilidade do SNA Municipal, cuja realidade se distancia das exigências legais e operacionais estabelecidas. Demonstrou que a constituição das equipes técnicas é meramente formal, sem capacitação para a execução das ações. Reafirmou a importância do processo sistemático de cooperação técnica previsto no projeto, para fortalecer as ações de auditoria repassando conhecimentos e estabelecendo a prática de acompanhamento e monitoramento nos territórios. O desenvolvimento dos demais momentos, incluídos no planejamento de 2005 e não realizados, foram re-programados e estão em curso no ano de 2006, implicando num processo contínuo de sensibilização, avaliação, monitoramento e pactuações que possibilitarão a construção coletiva de uma cultura de auditoria. Após mais de 10 anos de criação do SNA, o *"Projeto de Fortalecimento do SNA Municipal no Estado do Ceará"*, gestado pela Comissão do SNA do SEAUD/CE a partir de 2004, está contribuindo para colocar na pauta de discussão dos gestores estaduais e municipais este importante instrumento de gestão, de forma a integrá-lo efetivamente a todo o sistema de avaliação, controle e regulação do SUS.

NÚCLEOS DE INFORMAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO EM SAÚDE – NIDS: BUSCANDO A EQÜIDADE NO ACESSO A INFORMAÇÃO E A DOCUMENTAÇÃO EM SAÚDE

Autor principal: Maria Sílvia Robaina de Sousa Lessa
Outros autores: Silvana Matos Amaro
Instituição: Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul
Município: Porto Alegre
Estado: Rio Grande do Sul

O Rio Grande do Sul possui quatrocentos e noventa e seis municípios que estão ligados à Secretaria Estadual da Saúde – SES. Para atender esses municípios a SES está estruturada em dezenove Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS's. A Escola de Saúde Pública – ESP participa com ações educativas em saúde junto aos municípios através dos Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva – NURESC nas CRS's. O Centro de Informação e Documentação em Saúde – CEIDS é referência documental e informacional no processo de promoção, prevenção e educação em saúde da ESP, caracteriza-se por ser especializado em saúde pública/saúde coletiva. Durante o 3º Encontro dos Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva do ano de 2003, houve relatos e aplicação de um questionário com a finalidade de levantar dados sobre os tipos de documentos existentes, espaço físico, recursos materiais e recursos humanos nas CRS's. Analisando-se os dados da pesquisa, verificou-se que os documentos existentes não estavam organizados adequadamente, que havia necessidade de informatização, acesso à Internet, aquisição de acervo mínimo, equipamentos, mobiliários adequados e espaço físico definido. Com estas informações foi elaborado um projeto em parceria com o Centro Estadual de Vigilância em Saúde - CEVS para a implantação de uma Rede de Bibliotecas chamadas de Núcleos de Informação e Documentação em Saúde – NIDS, coordenadas pelo CEIDS com o objetivo de descentralizar, promover e disseminar a informação no processo de educação permanente e continuada nas CRS's, garantindo a eqüidade no acesso à informação e documentação bem como ampliar o acesso virtual. A próxima etapa foi definir um espaço físico para a montagem de cada NIDS. O mobiliário foi enviado para as CRS's bem como o acervo bibliográfico, compostos pelos materiais existentes, doações da editora do Ministério da Saúde e outras instituições públicas e privadas. As bibliotecárias responsáveis pelo projeto deslocaram-se até as CRS's para implantar estas bibliotecas e instalar a Base de Dados para a organização e inclusão do acervo. Houve algumas dificuldades com relação a espaço físico, equipamentos, deslocamento e suporte técnico, mas que foram solucionadas com o apoio dos técnicos da SES. O processo de construção da Rede de Bibliotecas vem facilitando o acesso à informação, organização e disponibilização da documentação, fundamental não só no processo de educação permanente e continuada dos técnicos em saúde, mas também no desenvolvimento de seu trabalho junto aos municípios, para que possam promover ações e/ou possibilitar uma maior compreensão e, assim, a busca de novas alternativas frente aos problemas vividos e levantados pela população na área da saúde. O CEIDS busca a participação nas ações e metas prioritárias de saúde, através da melhoria da infra-estrutura na área de acesso e disseminação da informação em saúde junto as CRS's que atendem todos os municípios do Rio Grande do Sul, colaborando com a efetivação dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, superando as desigualdades sociais existentes.

MONITORAMENTO DAS EQUIPES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MACAÍBA - RN

Autor principal: Marília Pereira Dias
Eudivar Correia de Farias Neto; Angela Maria de Medeiros
Secretaria Municipal de Saúde
Município: Macaíba
Estado: Rio Grande do Norte

Os serviços e sistemas de saúde têm uma participação importante na determinação dos níveis de saúde e condições de vida das populações atualmente. Aprofundar e ampliar o conhecimento sobre eles, na perspectiva da acessibilidade, desempenho e impacto dos sistemas, e sobre as condições e qualidade da atenção prestada em contextos específicos, deve se constituir em apoio às decisões de gestores, gerentes e profissionais da área da saúde.

O desenvolvimento de metodologias de monitoramento e de avaliação são considerados essenciais para responder aos desafios organizacionais modernos, em especial os voltados para o fortalecimento de competências nas áreas de gestão governamental, formulação e implementação de políticas públicas e avaliação do desempenho das ações em saúde.

O monitoramento consiste no acompanhamento de servidores, serviços de missão crítica ou equipamentos em diversas plataformas e é uma ferramenta indispensável para a qualidade dos serviços, devendo ser analisado com atenção.

Oferecer melhores serviços aos cidadãos, gerar condições adequadas para funcionamento e desenvolvimento das atividades, proporcionar ao servidor condições de trabalho que conduzam ao desenvolvimento e reconhecimento profissional são fatores que devem ser levados em consideração na gestão pública dos sistemas de saúde.

O Programa de Saúde da Família tem um enfoque estratégico para a organização da atenção primária em saúde tendo como base à família, onde atua implantando hábitos coletivos, educação constante e continuada, bem como é a porta de entrada prioritária do SUS, onde apresenta uma resolutividade de cerca de 80% dos problemas mais prevalentes na população.

Monitorar as equipes do PSF é função importante na gestão, neste sentido, não é meramente atribuição dos avaliadores externos do Ministério da Saúde, devendo também fazer parte do conjunto de atividades desempenhadas pelos gestores do sistema e das equipes de saúde, tendo caráter formativo, pedagógico e reorientador das políticas e práticas, superando o tradicional enfoque punitivo e burocrático.

Neste sentido a Secretaria de Saúde do Município de Macaíba vem monitorando suas equipes do Programa de Saúde da Família, utilizando-se dos indicadores de saúde, da satisfação dos pacientes, das metas que foram pactuadas e das respostas que vem sendo obtidas.

Com isso é possível se fazer uma avaliação, onde podemos identificar os problemas existentes. Esta avaliação é necessária para orientar as práticas, ações e serviços. Envolve a coleta de dados com análise sistemática e periódica de informações de indicadores de saúde, observando as atividades e ações que estão sendo executadas conforme o planejado e os resultados que são esperados.

Observando os indicadores, os instrumentos, as estratégias de integração e a capacidade técnica de cada unidade de saúde, desenvolvemos uma análise posto a posto sistematizando o levantamento de dados, utilizando sistemas informatizados, complementados por planilhas específicas monitorando os indicadores de desempenho.

Desta forma é possível observar se existe uma sinergia entre as unidades com disseminação das práticas, monitoramento dos prazos, planos de ações e padronização das ações.

Concomitante a isso, educação, treinamento, melhora da infra-estrutura e programas motivacionais são desenvolvidos. A promoção de ações de cidadania, tratamento equilibrado das necessidades das partes interessadas, capacidade de mobilização e criação de cultura de excelência são práticas que continuamente vem sendo desenvolvidas.

Buscar a satisfação dos nossos usuários, valorizando as pessoas, envolvendo todos, tendo uma constância no propósito, desenvolvendo uma gestão participativa, com melhoria contínua, aliando-se a parceiros e fornecedores competentes, atendendo cada vez melhor, valorizando o trabalho de cada servidor e tendo orgulho do trabalho que fazemos, gerenciando nossas metas é nosso desafio.

Como resultados, obtemos uma maior mobilização e motivação, maior aporte de conhecimentos, padrões de atendimento definidos e divulgados, melhoria do clima organizacional, melhor imagem da secretaria e dos serviços de saúde, alianças inovadoras com parceiros, maior satisfação dos usuários, efetivo exercício da cidadania e reconhecimento pelo trabalho realizado.

O DESAFIO DE CONSTRUIR UMA PROPOSTA METODOLÓGICA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA DE GESTÃO NA REGIÃO NORTE DO PAÍS

Autor principal: Marina Ferreira de Medeiros Mendes
Outros autores: Eglê Santos e Santos
Instituição: Coordenação de Acompanhamento e Avaliação/Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde
Município: Recife
Estado:Pernambuco

Após período de ênfase na municipalização do SUS, mais recentemente, a discussão sobre o papel do gestor estadual tem sido destacada, e, iniciativas vêm ocorrendo para adequar à estrutura das Secretarias Estaduais de Saúde - SES às suas novas atribuições. O Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família-PROESF/MS vem implementando o fortalecimento da capacidade técnica da SES em Monitoramento e Avaliação (M&A) da Atenção Básica (AB), tendo como imagem-objetivo a institucionalização da avaliação. A definição de uma proposta metodológica que oriente as ações de M&A da AB constitui o principal resultado do momento inicial dos Planos Estaduais. A proposta da SES / Amazonas foi construída através de um processo participativo, com a constituição de um grupo ampliado intersetorial. A dificuldade da SES para contratação de um centro colaborador, indicou ação mais presencial de consultores da Coordenação de Avaliação da Atenção Básica/MS que orientaram oficinas de trabalho. Os conteúdos foram definidos a partir das necessidades do grupo, cultivando o debate sobre os principais conceitos e pressupostos sobre M&A, viabilizando a realização de diagnóstico situacional e a definição de estratégias para o monitoramento integrado com as áreas técnicas. Nos trabalhos de grupo foram identificadas as principais ferramentas utilizadas, as lacunas e as dificuldades encontradas para realizar ações de M&A no Estado. Foram pactuadas agendas de trabalho para o período de dispersão, com indicação das atividades, responsáveis e prazos de execução. No desenvolvimento do processo, o déficit de recursos humanos e acúmulo de responsabilidades dos setores, foram elementos dificultadores, sendo necessário grande esforço da equipe e a decisiva pactuação de compromisso. A metodologia utilizada inspirou-se no agir comunicativo, mobilizando a capacidade potencial dos participantes, estabelecendo exercício da colaboração, compartilhando saberes e práticas, superando assim os entraves do cotidiano. O principal produto foi a construção de proposta metodológica bem estruturada, considerando momento preliminar do processo de avaliação, com clara delimitação do objeto avaliativo e coerente com papel da SES na formulação da macro política, no desenvolvimento de recursos humanos e de cooperação técnica aos municípios.

SISTEMA DE AGENDAMENTO AMBULATORIAL

Autor principal: Mário Pontes Luz
Outros autores: Beatriz da Silva Ribeiro
Instituição: Hospital Escola - Universidade Federal de Pelotas / Fundação de Apoio Universitário
Município: Pelotas
Estado: Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

O ambulatório da faculdade de Medicina - UFPel atende por volta de 200 pacientes dia, necessitando assim de uma ferramenta que possa ajudar no atendimento ambulatorial. Hoje o atual sistema de agendamento utilizado não atende a todas necessidades do local, alem de ser um sistema locado.

Já no serviço de ONCOLOGIA do HE – UFPel / FAU existe a necessidade de desenvolver um sistema de agendamento pois é realizado manualmente.

Devido a estes fatos houve a necessidade do desenvolvimento de um sistema mais abrangente, simples, objetivo e que não necessitasse de instalação local, podendo ser usado em unidades básicas de saúde, utilizando uma mesma base de dados, unificando assim um cadastro geral de pacientes e de profissionais.

JUSTIFICATIVA

O sistema de agendamento foi desenvolvido devido a necessidade de organizar consultas de pacientes ambulatoriais proporcionando uma maior agilidade e controle para os locais de atendimento.

METODOLOGIA

Devido à necessidade de criar uma agenda para pacientes ambulatoriais, foi feito um levantamento do processo de agendamento atual, avaliando alguns aspectos, tais como, demanda, segurança das informações e agilidade no serviço de atendimento. Estes fatores foram primordiais para montar o processo de análise do sistema.

Após averiguar esta necessidade, reuniusse os responsáveis pelos setores que irão utilizar o sistema, para debater os problemas atuais e avaliar os processos relativos ao agendamento utilizado atualmente. A analise dos processos resultou na modelagem das telas e prototipação do sistema.

PRODUTOS

Foi desenvolvida uma agenda que facilitasse a usabilidade através de uma interface simples e amigável ao usuário, visando principalmente à rapidez no agendamento da pessoa que esta necessitando de atendimento. Este produto roda em um servidor central, sendo possível acessar os dados do paciente de qualquer unidade de atendimento de saúde, podendo haver um melhor acompanhamento de seu histórico.

APRENDIZADO

Com a utilização do sistema o atendimento tornou-se mais eficaz e seguro, diminuindo a margem de erros e facilitando a manipulação dos dados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na construção deste sistema, levou-se em consideração principalmente a sua usabilidade, ou seja, criou-se uma ferramenta de fácil manipulação, com uma interface agradável e dinâmica ao usuário, objetivando agilizar o processo de trabalho dos profissionais e pacientes, de forma que o sistema faz todos os agendamentos necessários em poucas etapas.

AVALIAÇÃO, AUDITORIA E REGULAÇÃO PARA MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE UM UNIDADES ASSISTENCIAIS DO SUS

Autor principal: Marlene Zucoli
Instituição: Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (Cismepar)
Município: Londrina
Estado: Paraná

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA, INDICANDO A SUA IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO LOCAL

O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (Cismepar) é um prestador de serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS), composto por 20 municípios, com sede em Londrina – Pr. Atende uma área com população estimada em 800.000 habitantes, ofertando para o Sistema mensalmente, em média, 40 mil procedimentos entre eles pequenas cirurgias, consultas médicas e exames de média complexidade.

A experiência sendo relatada está sendo desenvolvida devido à grande necessidade de melhorar a qualidade assistência aos usuários do SUS na área de média complexidade em toda região dos municípios consorciados.

OBJETIVOS, PROPÓSITOS

O programa possui como objetivo principal aumentar a resolutividade dos serviços prestados pelas unidades próprias dos SUS, através da otimização dos recursos disponíveis.

METODOLOGIA: CAMINHO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA

A direção do Cismepar implantou em 2004 o Programa Quali-Cis, que está estruturado em quatro eixos de ação: acesso dos usuários do SUS aos serviços de saúde com equidade; humanização do atendimento; maior resolutividade da assistência e aperfeiçoamento da gestão.

O desenvolvimento dos trabalhos contou com a implantação de um colegiado diretor, composto por 30 membros da equipe, retomada da atuação do conselho de secretários municipais de saúde do consórcio, implantação de instrumentos de auditoria e regulação, serviço de prioridade ambulatorial, realização de oficinas internas de humanização da assistência, e criação de ouvidoria com caráter interativo.

PRODUTOS, O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

Entre os principais resultados estão o aumento da oferta de serviços com a implantação de exames não disponíveis no sistema, como estudo urodinâmico, ecocardiograma e doppler de varizes; redução do tempo de espera em mais de 40% na maioria dos exames de média complexidade,aumento da realização de pequenas cirurgias, além da ampliação de oferta em consultas e procedimentos pela equipe multiprofissional composta por médicos (as), enfermeiras, nutricionista, psicólogas, fonoaudiólogas e fisioterapeutas que atuam no consórcio.

Também foi melhorado o encaminhamento dos usuários entre as instâncias do SUS com destaque para a prioridade ambulatorial implantada em parceria com a rede de assistência dos municípios que compõem o consórcio. O desenvolvimento dos trabalhos possibilitou aumento da resolutividade , agilização no agendamento de 70% dos usuários com solicitação de priorização do atendimento médico especializado e troca de experiência direta entre o médico assistente que atua na Unidade Básica de Saúde e o médico especialista.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

Considerando os efeitos positivos dos instrumentos de regulação implantados no consórcio, especialmente os protocolos com acompanhamento direto de auditores médicos, foi desenvolvido um projeto de troca de experiências denominado "Novos rumos para o SUS", envolvendo administradores e técnicos dos municípios consorciados, composto de reuniões técnicas, seminário e oficinas de trabalho na área de auditoria e regulação para construção de instrumentos, a serem implantados entre os municípios que compõem o consórcio.

Entre as principais dificuldades encontradas se destaca o preconceito por um dos eixos principais do programa: a auditoria e regulação. Essa dificuldade é entendida como fruto

de uma prática muitas vezes inadequada destas atividades, que neste caso possui o enfoque de trabalho conjunto entre os profissionais envolvidos na busca de alternativas viáveis para atender à real necessidade dos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados quantitativos e qualitativos alcançados até o momento permitem afirmar que o desenvolvimento de uma forma de gerência que nasce na avaliação do processo de trabalho de forma conjunta com os profissionais de saúde envolvidos na assistência direta ao usuário, com enfoque para a auditoria e regulação, é um caminho importante e seguro para alcançar maior resolutividade no SUS.

O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA COLETA DO QUESITO COR NA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Autor principal: Martha de Britto Souza Ferreira
Outros autores: João Bôsco Hora Góis; Regina Coeli Benedito
Instituição: Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro
Município: Niterói
Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

A produção de políticas sociais, dentre elas a de saúde, guarda uma relação direta com a disponibilidade de dados sobre as condições gerais de vida das populações-alvo. Além disso, alguns outros indicadores específicos se fazem necessários para que tais políticas possam estabelecer de forma mais precisa os seus focos de intervenção. Isso é particularmente relevante no caso do setor saúde pois, como hoje se sabe, as morbidade não incidem igualmente em todos os segmentos sociais da população brasileira. As diferenças de incidência podem ser visualizadas a partir de distintos recortes tais como o sexo, a classe social, a idade, etc. O reconhecimento desse fenômeno fez com que um grau significativo de atenção acadêmica e de prestação de serviços de atenção a saúde fosse destinado a mulheres, crianças e adolescentes, idosos, etc. Outros segmentos, contudo, ainda permanecem pouco beneficiados por essa visão, dentre eles os negros.

Várias especificidades da problemática da saúde da população negra já foram exploradas. A título de exemplo listamos abaixo algumas delas:

a) A taxa de mortalidade das mulheres negras de 10 a 40 anos, por complicações de gravidez e parto foi 2,9 vezes maior que a apresentada para as mulheres brancas. No Paraná, especificamente, o risco por morte materna é 7,4 vezes maior para negras. (Cadernos Criola n. 02)

b) Os filhos de mães negras no nordeste têm um risco de morte antes de completar 1 ano de vida 44% maior do que os filhos de mães negras residentes no sul. E que, se comparados aos filhos de mães brancas residentes na região sul ,os filhos de mães negras residentes no nordeste tem um risco 63% maior de morrer antes de completar 1 ano. (Cadernos Criola n. 02)

c) Mulheres negras soropositivas, quando comparadas com mulheres brancas com o mesmo status sorológico, têm maiores dificuldades de acesso ao teste diagnóstico, mais dificuldades de acesso às informações sobre terapia anti-retroviral para o recém nascido, maiores dificuldades de adoção de comportamentos de proteção à sua saúde a exemplo do uso de preservativos. (Cadernos Criola n. 02)

A possibilidade de intervir neste contexto pode ser facilitada pelo conhecimento de quem é a população negra que chega aos serviços de saúde. Foi com esse intuito que a equipe do Serviço Social da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro começou, em julho de 2005, as articulações para o início da coleta do quesito cor na rede de saúde pública do estado. Este trabalho busca expor esse processo.

A BUSCA DAS BASES LEGAIS PARA A IMPLANTAÇÃO DA COLETA DO QUESITO COR

O processo de implantação da coleta do quesito cor só pôde ser iniciado a partir da publicação de uma Resolução da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro que normatizava a questão. Embora aparentemente simples, a publicação de tal portaria demandou um conjunto de ações em pelo menos dois planos. No primeiro plano, o da capacitação, foi necessária a aquisição por parte dos profissionais envolvidos com a proposta de conhecimentos mais aprofundados sobre as especificidades das condições de saúde de negros e negras brasileiros. Tal aquisição envolveu a leitura de materiais, participação em eventos científicos e reuniões com organizações ligadas à questão. Isso foi necessário para, dentre outras coisas, dar início às ações no segundo plano, o político. Embora possa parecer uma obviedade para os estudiosos da questão, o racismo institucional como um todo e na saúde em particular e suas incidências sobre a saúde da população negra não é totalmente percebida por todos os gestores de saúde. Em função disso trabalhou-se na perspectiva da sensibilização das autoridades estaduais de saúde, indicando a ela a importância da implantação da coleta do quesito cor e a

necessidade de sua adoção em face das recomendações de organismos e fóruns internacionais sobre a questão. O discurso adotado pela equipe foi capaz de superar eventuais oposições e em dezembro de 2005 foi publicada a Resolução 2879 que regulamenta a coleta do quesito cor na rede pública de saúde do estado do Rio de Janeiro.

A implementação da coleta está sendo agora iniciada. As dificuldades operacionais para tanto vêm sendo enfrentadas com entusiasmo por profissionais e gestores da rede. Estão previstos treinamentos, articulações entre os diferentes níveis de atenção à saúde, estabelecimento de ações intergovernamentais, etc, para responder aos desafios que já se apresentam.

A experiência é ainda muito recente para permitir a sistematização ampla de resultados, mas certamente já teve como um efeito importante estimular o debate sobre as relações entre raça/racismo e saúde assim como a reflexão sobre a necessidade de aprimoramento dos sistemas de informações da SES.

Espera-se na apresentação desse trabalhar aprofundar os elementos conceituais, políticos e instititucionais envolvidos nesse processo e, ao fazê-lo, incentivar novas iniciativas nessa área.

AUDITORIA DA QUALIDADE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM RIBEIRÃO DAS NEVES/MG - ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Autor principal: Miriam Nogueira Barbosa Andrade
Outros autores: Magna Pereira do Nascimento; Karina Mara de Souza; Izabela Guimarães; Eduardo Tertuliano
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves
Município: Ribeirão das Neves
Estado: Minas Gerais

INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves adotou o modelo do Programa de Saúde da Família (PSF) como alicerce fundamental para a organização da Atenção Básica.

A porta de entrada para o sistema de saúde, de acordo com a estratégia do PSF, é a Unidade de Saúde da Família, que deve ser entendida não como uma estrutura de triagem e encaminhamento aos serviços especializados, mas como uma unidade capaz de ser resolutiva e responsável pela referência necessária, quando indicada, implicando os outros serviços e garantindo a continuidade do atendimento nos demais níveis de complexidade do sistema de saúde.

O Município conta com 49 equipes de PSF, atendendo a 60% da população; processo ainda em construção visando a ampliação da cobertura especialmente nas regiões com maior risco e exclusão social.

O desconhecimento da população beneficiada sobre os objetivos e finalidades do PSF causa vários problemas, sendo evidenciados pela procura direta de Unidades de Pronto-atendimento e Hospital, sem passar pela unidade de PSF, além da sobrecarga de serviços de média e alta complexidade com casos que poderiam ser resolvidos na atenção básica, em detrimento dos usuários que efetivamente necessitam de atendimento especializado.

O papel do agente comunitário de saúde (ACS) é de fundamental importância na equipe do PSF, pois sendo um morador da comunidade onde trabalha, auxilia na produção da informação, que ocorre em um processo dinâmico de contextualização da realidade das famílias, ajudando a identificar através da avaliação do risco social, quais são as famílias a serem priorizadas, os principais problemas que acometem essas pessoas, os principais determinantes do processo saúde-doença e possíveis soluções.

A visita domiciliar é uma das atividades mais importantes do ACS. Através dela, o agente pode fazer o cadastramento e o acompanhamento das famílias e, principalmente, o trabalho educativo, orientando a comunidade sobre medidas de prevenção e promoção da saúde. De acordo com as normas do Ministério da Saúde, toda família cadastrada deve ser visitada pelo menos uma vez por mês.

No início desta gestão na Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves, observamos reclamações freqüentes dos usuários sobre o funcionamento dos PSFs e o desempenho dos agentes comunitários de saúde. Diante dessa realidade, foi proposto este estudo.

OBJETIVOS

Estudar a atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS), segundo a avaliação da população atendida nas visitas domiciliares, tendo em vista a importância dessa atividade para o sucesso do trabalho da equipe do Programa de Saúde da Família (PSF).

METODOLOGIA

Uma amostra da população foi selecionada aleatoriamente, com 02 famílias cadastradas por ACS, no total de 563 famílias, em 49 unidades de PSF. As famílias foram visitadas por uma equipe da secretaria de saúde, que procedeu ao preenchimento de formulário elaborado para essa pesquisa.

As unidades de PSF foram avaliadas quanto à utilização dos instrumentos padronizados de acompanhamento do trabalho dos ACSs.

RESULTADOS

Quanto à operacionalização, os dados evidenciaram que 63% das famílias visitadas sabiam o nome do ACS, 69% recebiam visitas domiciliares com intervalo superior a 30 dias e 62% não conheciam o fluxo de atendimento na rede municipal de saúde.

Quanto aos objetivos das visitas, quase metade das mesmas, 43%, eram referentes à marcação de consultas e exames; 15% referentes à participação em grupos; e somente 16% a orientações sobre fluxo de atendimento da rede e cuidados com a saúde. Sobre a qualidade do acolhimento prestado pelo ACS, 93% dos entrevistados julgaram ser realizado com educação e 94% com respeito.

Quanto aos instrumentos de acompanhamento do trabalho dos ACSs, verificou-se que em 98% das unidades os mesmos encontravam-se desatualizados.

CONCLUSÃO

A atuação do agente comunitário de saúde no Município de Ribeirão das Neves, segundo o estudo apresentado, tem sido caracterizada por uma operacionalização deficitária, evidenciando falta de supervisão e monitoramento do trabalho dos mesmos. Foi observado que os objetivos das visitas não atendem às normas e diretrizes do programa, identificando a necessidade de mais investimento em capacitação dos ACSs. A qualidade do acolhimento foi considerada satisfatória.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados encontrados, que foram divulgados para todas as equipes de PSF, a coordenação do programa implementou a supervisão do trabalho dos ACSs, com monitoramento criterioso dos instrumentos padronizados existentes, análise dos dados, seguido da retroalimentação desses dados processados para as equipes utilizarem em campo. Além disso, investiu-se na capacitação continuada dos ACSs.

Assim sendo, a auditoria da qualidade foi uma ferramenta imprescindível para o diagnóstico situacional do PSF e o estabelecimento de condutas.

SEXUALIDADE, DST/AIDS E SAÚDE MENTAL

Autor principal: Miriam Nogueira Barbosa Andrade
Outros autores: Equipe do CAPS e do SAE
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves
Município: Ribeirão das Neves
Estado: Minas Gerais

INTRODUÇAO

O município de Ribeirão das Neves/MG encontra-se na região metropolitana de Belo Horizonte, com uma população de 311.372 habitantes $_{IBGE}$ e 522 casos notificados de Aids$_{SINAN}$, desses, 125 têm acompanhamento psicossocial e terapêutico no Serviço Especializado do próprio município.

A epidemia da AIDS vem apresentando crescimento em todo o mundo. Hoje, a AIDS está associada a fatores de risco que tornam a população em geral mais exposta ao HIV, como a pobreza, a violência, a baixa escolaridade, a falta de acesso aos serviços de saúde e à informação. Nesse contexto, é fundamental o trabalho intersetorial, envolvendo todos os atores que integram a rede de serviços de saúde, além de organizações da sociedade civil no desenvolvimento de estratégias e ações de prevenção ao HIV/AIDS, priorizando os grupos mais vulneráveis.

Os portadores de transtorno mental grave são considerados mais vulneráveis à AIDS e a outras DSTs, considerando aspectos como a dificuldade em estabelecer uniões estáveis, exclusão social, falta de acesso à informação, abuso sexual, diminuição da crítica em relação ao comportamento sexual, impulsividade e baixa auto-estima.

A rede de saúde mental do município conta com um Centro de Atenção Psicossocial para adultos(CAPS), um infanto-juvenil(CAPSi) e outro para usuários de álcool e outras drogas(CAPSad), que visam atender as diretrizes da reforma psiquiátrica do cuidado em liberdade, da promoção da autonomia e da reinserção social e familiar, favorecendo a cidadania. Nessa proposta, uma nova forma de cuidado passa a acontecer, em que o usuário é percebido em toda a sua dimensão, para além dos sintomas, favorecendo a sociabilidade, o surgimento de relacionamentos e a troca de afeto.

Diante da maior vulnerabilidade do portador de transtorno mental às DSTs/AIDS e da falta de ações preventivas nos serviços de saúde mental, a Coordenação do Programa Municipal de Prevenção e Controle de DST/Aids promoveu este estudo.

OBJETIVOS

Avaliar a soroprevalência do HIV entre os usuários do CAPS, que atende pacientes com transtorno mental grave e persistente.

Capacitar os profissionais da saúde mental a desenvolver técnicas de abordagem da sexualidade, com estratégias de prevenção às DSTs/AIDS para o portador de transtorno mental.

METODOLOGIA

Foi realizada sensibilização e capacitação da equipe de saúde mental do CAPS para avaliação da prevalência do HIV no serviço. A seguir, foram desenvolvidas palestras e oficinas entre os usuários do CAPS, com aconselhamento e oferta do teste anti- HIV, com consentimento. A coleta do material para o exame foi realizada na própria unidade.

Realizou-se treinamento com Equipe de Referência da Coordenação Nacional de DST/Aids para abordagem do portador de transtorno mental sobre sexualidade e estratégias de prevenção às DSTs/Aids, focando técnicas lúdicas e grupais.

RESULTADOS

O teste anti-HIV foi oferecido a 126 usuários do serviço, em regime de permanência-dia. Desses, 71% se submeteram ao exame e 29% se recusaram a realizá-lo. Dos 89 usuários que se submeteram ao teste anti- HIV, quatro deles apresentaram resultado positivo, com uma prevalência do HIV de 4,5%.

Quanto à capacitação para abordagem do portador de transtorno mental sobre sexualidade e estratégias de prevenção às DSTs/Aids, houve uma participação de 30 profissionais da rede de serviços de saúde mental, com carga horária de 24 horas.

À partir dessa capacitação, foram organizadas oficinas sobre sexualidade e prevenção ao HIV/Aids e outras DSTs no CAPS, CAPSi e CAPSad , com disponibilização regular de preservativos.

Estão sendo elaborados folderes sobre esses temas pelos próprios usuários dos CAPS durante as oficinas, para serem utilizados nos serviços de saúde mental.

A equipe do CAPSad iniciou um projeto para avaliar a prevalência do HIV, Aids e sífilis entre os usuários do serviço.

O CAPS foi escolhido para participar de uma pesquisa do Ministério da Saúde, que visa avaliar a soroprevalência do HIV, Sífilis e hepatites virais no portador de transtorno mental.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos demonstraram uma alta prevalência do vírus HIV entre os portadores de transtorno mental grave, 4,5%, semelhante aos dados observados na literatura, portanto, ações educativas e de prevenção devem ser realizadas de forma sistemática em todos os serviços de saúde mental.

As intervenções sobre a sexualidade e a Aids devem ultrapassar os limites das informações racionais e científicas e se tornar acessíveis à compreensão dos portadores de transtorno mental, com utilização de vivências e técnicas lúdicas.

Os usuários do CAPS têm demonstrado grande interesse nas oficinas que abordam os temas: sexualidade, exclusão, preconceito, discriminação, DST/Aids, com vivências do cotidiano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto da reforma psiquiátrica e diante do avanço da epidemia de Aids, discutir a sexualidade e a prevenção à AIDS e a outras DSTs é uma necessidade e um desafio para todos os serviços de saúde mental.

AS AÇÕES ESSENCIAIS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO SOB A ÓTICA DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO: O DESAFIO DE CONHECER E AGIR

Autor principal: Mirian Miranda Cohen
Outros autores: Ana Lúcia Carvalho de Oliveira; Ionara Ferreira da Silva; Joelma F. G. Castro; Cristiany da S. Ávila; Fernando C. Ferreira; Fabíola da C. Nunes; Sheila de Matos Xavier; Gabriela Fonte Pessanha; Maria de Lourdes O. Moura.
Instituição: Centro de Vigilância Sanitária - SES-RJ
Município: Rio de Janeiro
Estado: Rio de Janeiro

As crescentes iniqüidades sociais e em saúde impulsionaram a Organização Mundial da Saúde adotar um conjunto de princípios essenciais para construção da atenção primária que devem guiar as reformas dos sistemas de saúde. Difundida como a Carta Ljubljana, esta proposta foi adotada em 1996 pela Comunidade Européia (BMJ, 1996). Segundo este documento, os sistemas de atenção à saúde deveriam ser: dirigidos por valores de dignidade humana, eqüidade, solidariedade e ética profissional; direcionados para a proteção e promoção à saúde; centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde; focados na qualidade, incluindo a relação custo-benefício; baseados em financiamento sustentável; para permitir a cobertura universal e eqüitativa e direcionados para a atenção primária. Não existe dúvida quanto a sua relevância para se obter melhorias na qualidade de vida da população. Por outro lado, a oferta de ações e serviços de Atenção Primária não segue um padrão, divergindo tanto em relação aos modelos e estratégias quanto ao acesso e cobertura nos diversos países e no Brasil, nos diferentes municípios e estados da União. A comprovada relevância da organização da Atenção Básica para a estruturação e reorientação das práticas no sistema público de Saúde, fez com que a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), como instância gestora do SUS, formasse grupo interno de trabalho para definir o desenho metodológico e estratégico de monitoramento e avaliação da Atenção Básica. Há de se considerar também que, as reflexões que hoje vêm sendo feitas sobre a Atenção Básica tiveram a lógica de considerá-la como estruturante do sistema de saúde, portanto, minimizando o conceito de organização do sistema por lista de procedimentos e valorizando o conceito de responsabilidade sanitária a partir do território-população, território-processo. O Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (CVS/SES-RJ) está empenhado em integrar o conjunto de ações que compõem a chamada Atenção Primária em Saúde, pode ser concebido como espaço de exercício da cidadania e de controle social e, também, de intervenção de Estado sobre os direitos individuais em função das necessidades e dos interesses coletivos, na busca de adequar o sistema produtivo de bens e de serviços. Pela natureza dos seus objetos de ação e suas possibilidades de intervenção representa um potencial impulsionador de articulação de ações entre vários setores

(Lucchese, 2001). Ao se considerar suas possibilidades de intervenção voltadas para o controle de danos, avaliação e gerenciamento de riscos e das causas (determinantes sócio-ambientais e necessidades sociais), constitui-se em uma área típica de promoção e, em especial, de proteção da saúde que se articula ao conjunto de medidas adotadas pelo SUS, portanto, forte aliada para a reversão do modelo assistencial de saúde e para a reestruturação do SUS. Assim, as ações programáticas de saúde e a oferta organizada em estabelecimentos de saúde podem se articular com as ações de vigilância sanitária (VISA), bem como àquelas da vigilância epidemiológica e da assistência médico-hospitalar. De forma articulada a este movimento, o CVS/SES-RJ elaborou estudos epidemiológicos que subsidiaram as discussões sobre o perfil de saúde da população dos municípios do estado em oficinas regionais, realizadas com os órgãos municipais de Vigilância Sanitária, representantes do Núcleo Colaborador de VISA (FIOCRUZ), do Conselho de Secretários Municipais de Saúde/RJ e do Conselho Estadual de Saúde/RJ, para discussão das principais necessidades de saúde da população e as ações essenciais de VISA. O objetivo deste trabalho é apresentar a metodologia utilizada neste processo e os resultados alcançados na pactuação das ações básicas de VISA no Estado do Rio de Janeiro. Entre os resultados destaca-se a elaboração da proposta de parâmetros para a Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em Saúde, onde as ações de VISA passam a ter maior expressão. Os indicadores foram agrupados em 8 categorias: 1 - Estruturação dos órgãos Municipais de VISA; 2 - Controle Sanitário da Comercialização e Manipulação de Alimentos; 3 - Controle Sanitário da Comercialização e Dispensação de Medicamentos; 4 - Controle Sanitário da Comercialização de Produtos para a Saúde; 5 - Redução de Riscos de Agravos à Saúde dos Usuários, Trabalhadores e do Ambiente, relacionados a prestação de serviços em saúde; 6 - Educação e Comunicação em Saúde; 7 - Investigação da Comercialização de Produtos sem Registro ou Notificação de Registro e de Produtos Impróprios para o Consumo; 8 - Acompanhamentos das Ações Pactuadas. A proposta foi apresentada à câmara técnica de VISA do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), onde obteve grande receptividade por parte dos coordenadores estaduais de VISA presentes, ocasião em que foi aperfeiçoada, sendo redimensionado o seu formato, sobretudo em relação à nomenclatura e inclusão de novos parâmetros. Em relação às facilidades para elaboração desse trabalho, cabe destacar o processo contínuo de construção coletiva incorporado pelo CVS/SES-RJ, no Sistema Estadual de VISA, que favorece o melhor entendimento pelas partes dos conceitos fundamentais para construção do pacto, assim como, a preocupação em estabelecer as condições necessárias para que a proposta se torne exeqüível, como por exemplo, a criação do Piso Estadual de VISA. Entre as dificuldades, ressalta-se a ausência de mecanismos sistematizados no nível local que possibilitem a adoção da prática de tomada de decisão a partir de informações de saúde. No Estado do Rio de Janeiro, além da pactuação de indicadores da Atenção Básica, este processo tem contribuído para reforçar o papel do CVS/SES-RJ como Coordenador do Sistema Estadual de VISA, harmonizando e publicizando as ações de VISA na proteção à saúde da população, além de buscar introjetar no cotidiano dos órgãos de VISA a aplicação dos instrumentais teórico-práticos das áreas de planejamento e gestão, assim como, da epidemiologia.

CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS – CEOS NO MUNICÍPIO DO RECIFE/PE: AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO.

Autor principal: Nilcema Figueiredo
Outros autores: Rosany Carvalho; Maria Alice Andrade; Newce Valgueiro; Tereza Campos Neta
Instituição: Secretaria de Saúde / Prefeitura do Recife
Município: Recife
Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO

A saúde deve ser considerada como componente fundamental da qualidade de vida, especificamente a Saúde Bucal, pois os problemas bucais interferem diretamente no padrão de vida, pela alta prevalência, demanda pública elevada, seu impacto sobre a vida dos indivíduos e sociedade em termos de dor, desconforto, limitação e deficiência social e funcional gerando grau de satisfação ou insatisfação diante da qualidade de vida, no viver saudável (BALDISSEROTTO, 1995).

Apesar dos poucos estudos realizados e da não implantação de um Sistema de Vigilância epidemiológica em Saúde Bucal no Recife pode ser verificado que os principais problemas de saúde bucal a serem enfrentados são Cárie Dentária e suas conseqüências (dor e perda dentária) e a falta de acesso às ações de saúde bucal que impactam diretamente na vida dos recifenses.

Para consolidação de um modelo de atenção integral em saúde bucal no Recife os Programas Sorriso Melhor/SS e Brasil Sorridente/MS habilitaram quatro policlínicas como Centros de Especialidades Odontológicas Tipo II afim de sistematizar a atenção em endodontia, periodontia, cirurgia oral menor, estomatologia, pacientes especiais e outras especialidades integrando ações curativas e preventivas visando ampliar a resolutividade do Modelo de Atenção aos problemas de maior complexidade em saúde bucal.

PROPÓSITOS

Este estudo realizou uma avaliação de desempenho nos Centros de Especialidades Odontológicas do município do Recife para evidenciar o papel destes serviços na oferta de procedimentos de média complexidade em saúde bucal.

MÉTODOS

O município do Recife está localizado no litoral e possui cerca de 220 km^2 de área. A população residente é de 1.453.115 (IBGE, 2002), com densidade populacional de 6,4 mil hab/km^2. Territorialmente é dividido em 6 regiões político administrativas que correspondem aos Distritos Sanitários.

Os programas Sorriso Melhor SS/Recife e Brasil Sorridente MS/Brasil habilitaram em outubro de 2004 quatro policlínicas como Centros de Especialidades Odontológicas tipo II, que são referência de média complexidade em quatro Distritos Sanitários do Recife: CEO – Waldemar de Oliveira / DS I; CEO – Clementino Fraga / DS III; CEO – Lessa de Andrade / DS IV e CEO – Agamenon Magalhães / DS V. Profissionais capacitados dos CEOS são os responsáveis pelo atendimento, realizando os procedimentos preconizados pelo SIA/SUS. Estes serviços funcionam durante toda a semana.

A avaliação de desempenho destes serviços consistiu na análise da produção mínima mensal de procedimentos (quantidade apresentada) realizada por cada CEO por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde SIA/SUS, utilizando o parâmetro de metas recomendado pela a Portaria GM 1571/04.

Outras atividades de monitoramento e avaliação também são realizadas, principalmente pelas reuniões com equipes de gerência distrital e local, bem como, visitas presenciais a fim de estabelecer possíveis problemas na atuação destes serviços.

RESULTADOS

A análise de desempenho da série história do período de outubro/2004-setembro/2005, mostrou que pela média de produção mensal, ainda persiste o predomínio dos procedimentos básicos quando comparados aos procedimentos especializados em todos os CEOs estudados, a meta para este grupo de procedimentos foi atingida em todos os serviços. No entanto, em relação aos demais subgrupos de procedimentos houve variação entre os serviços em relação ao cumprimento das metas estabelecidas.

Para subgrupo 10020 SIA/SUS – ações especializadas em periodontia todos os CEOs alcançaram a meta, com média mensal mínima de 170 a máxima de 510 procedimentos/mês.

Para o subgrupo 10040 SIA/SUS – ações especializadas em endodontia, 2 CEOs não cumpriram a meta, com média mensal variando 40 a 53 procedimentos/mês, naqueles que cumpriram as metas a média mensal variou 96 a 207 procedimentos/mês. O pior desempenho foi para o subgrupo dos procedimentos cirúrgicos (SIA/SUS 10050+10060), com exceção de 1 CEO, média mensal de 199 procedimentos/mês.

Há atualmente um investimento na garantia da estrutura necessária a realização das ações propostas pelos CEOs, mas pelas atividades de monitoramento local junto as equipes de gerência distrital e local, bem como, profissionais dos CEOS também foram diagnosticados problemas no que se refere a falta profissionais qualificados / capacitados para determinadas especialidades e conseqüentemente não oferecimento de algumas especialidades recomendadas; quanto ao processo de organização do processo de trabalho: problemas em relação ao cumprimento de protocolos, horário de atendimento, dificuldade de adesão as ações propostas, demanda por melhores vencimentos, etc.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados, faz-se necessário rápida intervenção nestes serviços afim solucionar os problemas que estão interferindo no cumprimento das metas propostas a fim de assegurar uma melhoria no acesso das ações especializadas garantindo a integralidade da atenção com a implantação dos CEOs, como também, melhoria da qualidade do atendimento aos usuário.

PRINCIPAIS DESAFIOS

Instituir processo de Avaliação e Monitoramento constantes na garantia da "INFORMAÇÃO PARA AÇÃO" através de: Avaliações em Saúde: Implantação, Melhoria da Qualidade, Impacto, Acreditação de serviços, etc e Vigilância Epidemiológica em Saúde Bucal.

Garantir a processos de educação continuada: Melhorar à qualificação profissional em todos os níveis de intervenção, principalmente para aqueles dos CEOs; Estimular as ações avançadas das equipes de saúde bucal dos CEOs junto a Atenção Básica.

No processo de trabalho: Instiuir o cumprimento de protocolos, carga horária, etc.; Garantir a melhoria da remuneração aos profissionais destes serviços; Ampliar o atendimento: Estomatologia, Cirurgia oral menor para todos os CEOs; Garantir os exames complementares; Implantar o atendimento aos pacientes especiais pós curso de qualificação de profissionais; Implantar mais dois CEOS: DS II e DS VI; e, Implantar os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária.

Garantir a referência e contra-referência: Em nível distrital ou municipal, com outras diretorias como Regulação, Atenção em Saúde/Gerência de Média e Alta complexidade, etc. Em Nível estadual, exemplo o Câncer de Boca, via programação pactuada e integrada (PPI) e Plano Diretor de Regionalização (PDR), coordenada pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DAS URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS DA CIDADE DO RECIFE

Autor principal: Nilcema Figueiredo
Outros autores: Leonardo Carnut; Paulo Sávio de A. Góes
Instituição: Prefeitura do Recife
Município: Recife
Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO

Apesar dos recentes avanços nos programas de saúde pública bucal, a problemática da demanda dos serviços de urgência odontológica ainda é elevada causando grande impacto na qualidade de vida das pessoas. Para a melhoria destes serviços é imprescindível a avaliação da qualidade do atendimento ofertado pelos mesmos.

PROPÓSITOS

O objetivo desta pesquisa foi avaliar o nível de satisfação dos usuários dos serviços odontológicos de urgência 24horas da Cidade do Recife.

METODOLOGIA

O município do Recife está localizado no litoral com aproximadamente 220km^2 de área. A população residente é de 1.453.115 (IBGE, 2002), com densidade populacional de 6,4 mil hab/km^2. Territorialmente é dividido em 6 regiões político-administrativas que correspondem aos Distritos Sanitários.

O presente estudo foi do tipo quantitativo, epidemiológico, do tipo transversal, com coleta de dados prospectiva a partir dos usuários que demandaram as três urgências odontológicas municipais, num período de três meses (janeiro a março de 2005), seguindo um roteiro aleatório de dias e horários a ser estabelecido.

Os dados foram coletados utilizando o Questionário de Avaliação dos Serviços de Saúde Bucal (QASSaB), que investigou a opinião relatada pelo usuário, com relação à qualidade, dos serviços oferecidos pelos serviços de urgência odontológicas municipais do Recife (Fernandes, 2002). Os aspectos da qualidade que foram avaliados são: disponibilidade, resolutividade, ambiente físico e serviço de limpeza; relações humanas (com os profissionais de saúde); relações humanas (paciente e cirurgião-dentista); qualidade técnico-científica dos pacientes; eficiência; eficácia; e aceitabilidade.

A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética da Universidade de Pernambuco, assim como a Coordenação de Saúde Bucal do Prefeitura do Recife para aprovação, além da aplicação de consentimento livre esclarecido para os usuários que participaram da pesquisa.

A análise dos dados foi divida em duas fases, descritiva e analítica. Porém apenas a análise descritiva foi apresentada neste estudo pela distribuição de freqüências, medidas de tendência central e dispersão (95% Intervalo de Confiança).

RESULTADOS

O perfil predominante dos 108 entrevistados pode ser caracterizado como sendo a maioria do sexo feminino (58.3%) e solteiras (45.4%). 83.4% reportaram dor de dente nos últimos seis meses e 62.8% classificaram a sua saúde bucal de ótima a regular.Os usuários que participaram destes estudos foram predominantemente de unidades de saúde da família (70.4%), sendo que destas apenas 29% tinha equipe de saúde bucal.

No que se refere ao acesso ao serviço bucal, 50% da amostra considerou que o serviço era perto, 41,7% consideraram o tempo de espera curto e 66,7% acharam fácil a obtenção de uma ficha ou vaga para o atendimento de urgência.

Quanto ao grau de resolutividade, a grande maioria dos usuários (79,7%) consideravam *resolvido* ou *muito bem resolvido* o seu problema. Com relação ao tratamento recebido nos dentes anteriores, estavam *satisfeitos*, *muito satisfeitos ou*, *totalmente satisfeitos* (60,2%) porém em relação a capacidade de mastigação nos dentes posteriores os pacientes (49,1%) se dizem *insatisfeito ou pouco satisfeito.*

A melhora da estrutura física é referendada na medida em que, 76,9% consideraram boa ou excelente. Para o item limpeza do consultório ou da clínica 94,5% dos usuários consideraram entre boa e excelente. Porém metade dos pacientes entrevistados (50%) consideraram as urgências lugares pouco confortáveis ou desconfortáveis

No que se refere à atenção ou tratamento recebidos na recepção a maioria, 70,4% consideraram essa atenção entre

boa e excelente, para o tratamento recebido dos outros profissionais da saúde não dentistas observou-se que 72,2% responderam que a atenção recebida estava entre boa e excelente. E, ao relacionarmos com as informações recebidas dos outros profissionais de saúde, mais uma vez, a maioria 71,3% consideraram as informações recebidas como boa ou excelente. Com relação à atenção recebida do Cirurgião Dentista, a maioria absoluta de usuários (97,3%) considerou entre boa e excelente o tratamento recebido.

Com relação à dimensão eficiência no que se refere à dificuldade para a realização do tratamento, em função da valia dos recursos gastos x qualidade do tratamento, 84,2% dos usuários citaram que valeu muito ou até demais o atendimento recebido em relação aos gastos.

A eficácia indicou que sobre biossegurança, foi observado que 90,7% responderam que os Dentistas fazem uso das medidas de biossegurança. Para o item desconforto sentido durante a extração, 75,9% dos usuários não se submeteram a tratamento exodôntico, o que demonstra o cumprimento das normas de procedimentos de urgências odontológicas que preconiza a extração dentária, única e exclusivamente quando necessária, simbolizando mais consciência do Dentista no ato de informar ao paciente a necessidade de manutenção do elemento dental e do paciente em tentar salvá-lo. Com relação ao desconforto sentido nos demais tratamentos de urgência (tratamento de hemorragias, tratamento periodontal de emergência, suturas, drenagens de abscessos, etc) foi visto que a maioria dos usuários (74,1%) não sentiram nada durante a realização dos mesmos. Com relação a equidade do atendimento, 63,9% dos pacientes relataram ser igualmente atendidos, porém vale a ressalva que parte destes pacientes citaram nunca terem sido atendidos em serviços particulares. Em se tratando da dimensão aceitabilidade, foi observado que com relação às explicações sobre o tratamento mais adequado, observou-se que 85,2% disseram que os Dentistas sempre explicam tudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que a dor de dente foi o fator determinante pela procura dos serviços de urgência odontológica, e que os usuários que tinham a presença das equipes de saúde bucal nas unidades de saúde da família se constituíam em minoria. Apesar da presença da equipe de saúde bucal parecer inibir a busca dos serviços de urgência, estes serviços parecem ser essenciais para reorientação do modelo de atenção tendo como porta de entrada do sistema o PSF - Programa de Saúde da Família.

Este trabalho foi resultado de um Projeto de Iniciação Científica contribuindo para o fortalecimento do processo ensino-pesquisa-extensão/serviço.

PROJETO FARMACIA VIVA

Autor principal: Núbia Borges
Outros autores: Egnaldo Santos de Carvalho
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Ourém - PA
Município: Ourém
Estado: Pará

INTRODUÇÃO

O tema e os estudos a respeito das fórmulas produzidas diretamente das plantas medicinais da Amazônia, já vêm de longo tempo, desde os mais antigos e até mesmo nossos antepassados; porém a idéia de se colocar, ainda que de maneira artesanal e respeitando a cultura popular, estes medicamentos como forma preventiva e muitas vezes no combate direto às doenças, tornou-se uma atitude inovadora que veio trazer ao sistema de saúde mais um método no auxílio ao atendimento da população.

O Projeto Farmácia Viva é um trabalho que veio para resgatar e valorizar a sabedoria popular, incentivando a produção de ervas medicinais junto à população, resgatando a cultura e ao mesmo tempo transformando a natureza em um grande laboratório fornecedor.

JUSTIFICATIVA

Hoje se vê e se constata de maneira assustadora o aumento da procura pela população ao sistema de saúde em busca de tratamento devido o crescente número de doenças, trazendo como conseqüência o abarrotamento das unidades de saúde. Em conseqüência, este projeto apresenta-se como uma alternativa para desafogar e melhorar o atendimento ao público.

Pessoas com uma simples tosse, coceiras e até mesmo um fastio (termo usado pelo caboclo para definir fraquezas no organismo) são atendidas por este projeto, recebendo orientação e atendimento adequado, evitando assim que seja mais uma espera do atendimento nos PSFs. Diante de uma atitude do Secretário Municipal de Saúde de Ourém é realizado continuamente estudos e trabalhos envolvendo todos os profissionais de saúde no sentido de se adequar a esta medicina alternativa; tronando-se assim a situação mais ampla e abrangente dentro do município.

Outro aspecto importante que buscamos alcançar com este projeto é o da economia, pois para cultivar ervas e produzir fórmulas que curam, utilizamos mão de obra local e material de baixo custo, tornando viável a manutenção deste e trazendo ao município prevenção qualidade de vida evitando um gasto maior no futuro.

Não podemos esquecer de ressaltar que a sociedade com isso resgata e valoriza de maneira consciente e preservadora viabilizando assim o desenvolvimento sustentável dentro da nossa região, pois realizamos tudo adequando a nossa realidade.

OBJETIVOS:

· Resgatar e valorizar a cultura popular, incentivando as populações na preservação e cultivo de ervas medicinais.
· Obter economia na compra de medicamentos e drogas comercializados pelas farmácias convencionais.
· Promover o desenvolvimento sustentável da região.
· Gerar emprego e renda para a população, melhorando, assim, a qualidade de vida dos agentes envolvidos no projeto.
· Incentivar o uso de ervas medicinais nos hábitos cotidianos da população, prevenindo, desta forma, o aparecimento de doenças.

METODOLOGIA

Para se conseguir o cultivo de ervas, produção e distribuição de fórmulas do projeto Farmácia Viva, o município dispõe de um local, a área para cultivo com aproximadamente 100 espécies medicinais e dois prédios, um utilizado na produção e laboratório e outro para atendimento e distribuição, além de ser uma constante permuta entre os cidadãos beneficiados e nós que trabalhamos para fazer o projeto acontecer. Troca de espécies medicinais, além de trabalhar com especial cuidado ao meio ambiente, pois fazemos a reciclagem de vidros e garrafas, observando sempre o cuidado com o cultivo e a tabela lunar na hora da colheita.

PRODUTOS

As fórmulas mais produzidas e distribuídas são: Xarope para Tosse, Xarope para Verme, Fortificante, Inflamação da Mulher, Vinho para o Estômago, Pomadas (coceira, frieiras, pano branco, impigens, cicatrizantes, reumatismo, descongestionante),

shampoos (para combater piolhos, lêndeas, queda de cabelo, caspas e coceiras), Tinturas (rins, reumatismo, diabetes, fígado, circulação, sinusite, hipertensão, estômago, colesterol, infecção urinária, etc.).

Nossas tinturas são produzidas com ervas secas ou frescas, baseado em cada situação apresentada pelo paciente, elaboramos aí a composição de seu remédio. De acordo com acompanhamento médico, o resultado obtido por esse trabalho é de grande satisfação pela população e profissionais de saúde.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Durante 8 anos deste trabalho, intitulado "Farmácia Viva", já atendemos mais de 30.000 pessoas em outra localidade. Na cidade de Ourém-PA, foi instalado a apenas 1 ano e meio, e já prestamos atendimento a 8.000 pessoas de maneira satisfatória. Através de pesquisa realizada junto à opinião pública, verificou-se a eficácia do tratamento feito no combate às doenças desta região. O inicio desta vivência se deu na Vila de Joanes (Ilha do Marajó), cujo aprendizado foi repassado a mim de maneira natural, onde comecei a cultivar ervas e produzir chás, ungüentos e lambedores. Mais tarde, especializei-me no estudo de produtos fitoterápicos. O Projeto Farmácia Viva é adequado a nossa realidade por estarmos dentro da mais rica região em espécies de plantas. A nossa dificuldade dá-se em função da extensão territorial e locomoção. Outro desafio para nós, é fazer deste aprendizado um marco importante dentro da saúde da nossa região.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Face ao que expomos, ratificamos e reafirmamos que mediante o uso das plantas medicinais, valorizando a flora da nossa região, aproveitando os recursos que a natureza oferece em sua infinita diversidade de cascas, folhas, óleos, flores e seiva, podemos produzir grandes e eficazes medicamentos a baixo custo à população.

PRÁTICA DE GESTÃO DE CUSTOS DECISORIAIS: POR SETOR, PROCEDIMENTO E PATOLOGIA(PROCESSOS)

Autor principal: Orlando Cândido dos Passos
Outros autores: Alfredo Manoel da Silva Fernandes; Johny Werclei G. Lima e Wagner Louzada
Instituição: Instituto de Ortopedia e Traumatologia "F.E.Godoy Moreira" do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Município: São Paulo
Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Sabe-se que administrar saúde é uma boa forma de promover o desenvolvimento. Nessa linha, no âmbito do IOT\Instituto de Ortopedia e Traumatologia "F.E.Godoy Moreira" do HCFMUSP, assumiu-se que a finalidade da Administração é operacionalizar o IOT com qualidade, focando os indicadores de eficiência econômica(custos) e eficácia econômica(receitas) constante no seu projeto de viabilidade técnico-operacional e econômico-financeiro. Evidentemente, ao longo do tempo, há que se internalizar novos conhecimentos e tecnologias, visando aumentos de desempenhos que assegurem a indispensável saúde econômico-financeira de perenidade. Nesse cenário, Custos-IOT são explicitações econômicas dos Processos-IOT implementados na execução de Procedimentos-IOT de Assistência, integrados com Ensino e Pesquisa. Para isso, foi necessário resgatar o projeto de viabilidade referenciado com a elaboração do Projeto IOT_{FASE-4}, ou IOT com Recursos Otimizados no momento de qualidade máxima, com custos médios mínimos e remunerações dignas. Além disso, foi necessário considerar os processos do círculo virtuoso da Administração:

PRODUZIR, REGISTRAR, FATURAR, RECEBER e PAGAR.

Este devem ser monitorados através de adequado Sistema Orçamentário.

OBJETIVOS DA CULTURA DE CUSTOS DECISORIAIS POR PROCESSOS DO IOT\HCFMUSP

Operacionalizar o IOT com a Cultura de Custos Decisoriais por Setor, Procedimento e Patolo-gia (processos) com leis-de-formação de custos totais e médios universais, adotando a unidade equivalente à uma consulta médica, ou seja, uma unidade homogênea. Assim, viabilizam-se os processos de: a) rateios dos recursos alocados nas unidades de apoio indireto, ensino e pesquisa, b) apropriações dos recursos alocados nas unidades de apoio indireto. Isto permite disponibilizar os referenciais de preços de venda (SUS, AMS e Particular).

Ressalte-se que as unidades específicas (consulta, cirurgia, internação, m^3 de oxigênio, kg de roupa lavada, m^2 de área limpa, entre outras) são unidades heterogêneas e, por isso, não permitem os processos de rateios e apropriações nas instituições de saúde. Quando utilizam-se renomenclaturizações para justificar artifícios, automaticamente, perde-se as interlocuções decisoriais porque violam a integridade das informações e mutila-se as leis-de-formação de custos universais. Além disso, geram distorções nos custos médios e inviabilizam suas utilizações como referenciais de preços de venda.

Com esses processos obtêm-se: a-Diagnóstico-IOT com recursos desbalanceeados, inadequados e desarticulados(RDID) – devidamente parametrizados; b-Prognóstico-IOT com recursos otimizados ou do momento de qualidade máxima com custos médios mínimos e remunerações dignas(RO) – devidamente parametrizados; c-Tratamentos ou ações transformadoras de RDID a RO. Tudo isso, em nível técnico, operacional, administrativo e econômico-financeiro.

METODOLOGIA DO SISTEMA DE CUSTOS DECISORIAIS POR PROCESSOS DO IOT\HCFMUSP

As metodologias do Sistema de Custos Decisoriais por Setor, Procedimento e Patologia(processos) do IOT do HCFMUSP contemplam arquiteturas de processamentos múltiplos e simultâneos das complexidades dinâmicas e de detalhes das articulações de Recursos-IOT com Programas-IOT e Custos-IOT com Programas-IOT - mantendo a integridade das interatividades entre: *finalidade da administração, *círculo virtuoso da administração, *modelo operacional aplicável, *atenção progressiva por tipos de cuidados assistenciais, *custos como expressão econômica dos recursos alocados, *lei-de-formação dos custos, *Navegador Orçamentário.

Para um visão holística e\ou sugestões dessas metodologias e suas articulações básicas, faça download nos sites: www.hcnet.usp.br\iot ou www.siatoef.com.br.

Essas metodologias permitem analisar as dinâmicas do IOT como instituição de conhecimen-tos, realizadora de atividades de assistência com ensino e pesquisa, através de seus indicadores de eficiência econômica(custos) e eficácia econômica(receitas). Os custos são processados até os níveis de receitas planejadas nos cenários de cada período e do IOT_{FASE-4} ou IOT de qualidade máxima com custos médios mínimos e remunerações dignas(benchmarking). Assim, comparam-se custos totais e médios de cada período com o do cenário de benchmarking do IOT em nível de setor, procedimento e patologia – devidamente equalizados. Todos os cenários/período são contemplados com processamentos equalizados dos aspectos *Técnicos("o que", "para quem", "onde", "como") integrados com os *Operacionais("com quem" e "demais recursos") respectivos. Esta integração se faz por meio das *Ferramentas Administrativas que, inclusive fazem as demonstrações *Econômico-Financeiras (demandas, ofertas, recursos, custos, receitas e desempenhos). Ressalte-se que os cenários de cada período disponibilizam os parâmetros de desbalanceamentos, inadequações e desarticulações dos Recursos-IOT em relação ao IOT_{FASE-4}, por isso, têm-se os indicadores para as ações de reversão.

PRODUTOS

Fazendo parte do Plano de Ações para sustentação da Diretriz-IOT de viabilizar e sustentar economicamente e financeiramente o IOT\HCFMUSP, com anuência do HCFMUSP, por meio da Fundação Faculdade de Medicina (Fundação de Apoio do Hospital das Clínicas da FMUSP) , firmou contrato de parceria com a empresa TIMIS para internalizar Conhecimento e Tecnologias-SIATOEF no IOT – com duração de cinco anos. Os levantamentos, análises e sistematizações viabilizaram a disponibilização dos seguintes "produtos":

a-Operacionalização do aplicativo PRÁTICA DE GESTÃO SISTÊMICA DE PLANEJAMENTO E CONTROLE DE CUSTOS DECISORIAIS POR SETOR, PROCEDIMENTO E PATOLOGIA(PROCESSOS);

b-Curso de Requalificação na Cultura de Custos Decisoriais por Setor, Procedimento e Patologia(processos), disponibilizador de Facilitadores-IOT dessa cultura(em consolidação);

c-Curso de Especialização na Cultura de Custos Decisoriais por Setor, Procedimento e Patologia(processos), disponibilizador de Consultores-IOT dessa cultura(em consolidação);

d-Relatórios Setoriais compatibilizados com os aspectos Econômico-Financeiros respectivos;

e-Relatórios de Custos Totais e Médios em nível de: *Universal, *Com Rateios dos Recursos Alocados nas Unidades de Apoio Indireto, *Com Apropriações dos Recursos Alocados nas Unidades de Apoio Direto e *Com Rateios dos Recursos Alocados nas Unidades de Ensino e Pesquisa;

f-Relatórios de Referenciais de Preços de Venda(S U S, A M S, Particulares);

g-Diagnóstico-IOT\Missão – com níveis de desbalanceamentos, inadequações e desarticula-ções dos recursos;

h-Prognóstico-IOT\Visão – com recursos otimizados ou momento de qualidade máxima com custos médios mínimos e remunerações dignas;

i-Tratamentos-IOT\Ações Transformadoras - com níveis de atenuações dos desbalanceamen-tos, inadequações e desarticulações dos Recursos-IOT em relação ao IOT_{FASE-4} (benchmarking);

j-Numerologia da Política de Recursos Humanos\Política Salarial do IOT_{FASE-4} com o Horizonte de 35 anos de Vida Profissional – em nível de HCFMUSP, FFM e combinado;

k-Articulações Organizacionais do IOT_{FASE-4} - complementares às posturas legais vigentes.

l-Suporte Integrador: Técnico-Operacional com Econômico-Financeiro;

m-Suporte de Analista de Sistemas.

RESULTADOS ALCANÇADOS

A Administração Geral do IOT\HCFMUSP é permeada pelas melhores posturas pró-ativas e propositivas em todas as esferas de suas atividades de assistência com ensino e pesquisa.

a-Domínio do Perfil-Operacional do IOT com recursos desbalanceados, inadequados e desar-ticulados, com escala de 37.441 pacientes-dia/ano e complexidade = 0,48752: *SUS\92,84%, *AMS\6,51% e *Particular\0,65% X Perfil-Financeiro respectivo: *21,11%\SUS-União, *68,26%\ SUS-Estado, *0,00%\Municípios, *9,61%\AMS e *1,01%\Particulares;

b-Domínio do Perfil-Operacional do IOT com recursos otimizados ou de qualidade máxima com custos médios mínimos e remunerações dignas, com escala de 78.185 pacientes-dia/ano e complexidade = 1,0: *SUS\75%, *AMS\22% e *Particular\3% X Perfil-Financeiro respectivo: *17,47%\SUS-União, *39,36%\SUS-Estado, *5,82%\Municípios da RM-SP, *31,55%\AMS e *5,79%\Particulares;

c-Domínio do Perfil de Investimentos-IOT em 2004 com recursos desbalanceados, inadequados e desarticulados no montante, a preços de 2004, de R$ 56,8 milhões, *99%\HCFMUSP e *1%\FFM e Outros. Esse esse perfil no IOT de recursos otimizados ou de qualidade máxima com custos médios mínimos e remunerações dignas deverá situar-se em

torno de R$ 161 milhões, sendo: *56,5%\HCFMUSP e *43,5%\FFM e Outros;

d-Conhecimentos das demandas em vidas, unidades equivalentes e custos respectivos, das ações integrais de saúde e das linhas de cuidados assistenciais de ortopedia e traumatologia(PS, Hospitais e IOT) em nível de São Paulo\Estado, Região Metropolitana de São Paulo e São Paulo\Capital;

e-A não operacionalização do IOT como centro de excelência-referência de alta complexidade, sinaliza que as demais atividades da economia incorrem num custo de cerca de R$ 320 milhões/ano;

f-Capacidade analítica dos impactos de decisões exógenas sobre o IOT, no tempo;

g-Domínio dos níveis(numericamente) de desbalanceamentos, inadequações e desarticulações dos Recursos-IOT em nível de *Recursos Humanos por Equipe e Cargo-Função, *Despesas Diretas, *Despesas Indiretas, *Custo de Capital – com todas ações de reversões factíveis, para cada módulo de tempo, em curso;.

h-Disponibilização amigável dos Orçamentos de Custeio-IOT e de Investimento-IOT, com demonstrativos de Valor Agregado, no tempo;

i-Disponibilização amigável de Projetos das Readequações de Unidades-IOT;

j-Disponibilização de análises e\ou propostas de Preços-IOT(SUS, AMS e Particulares);

k-Disponibilização de análises de Custos/Benefícios de Projetos Especiais;

FACILIDADES E DIFICULDADES\APRENDIZADO

Não há dúvidas de que todos os profissionais com cargos-funções de chefia e\ou técnicos que fazem custos, orçamentos e planejamentos devem, obrigatoriamente, ter as competências dos Facilitadores na Cultura de Custos Decisoriais por Setor, Procedimento e Patologia (processos). Parte desses profissionais devem ser contemplados com as competências de Consultores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante o entendimento de que as instituições de saúde são instituições de conhecimen-tos com aplicação em tempo real e sistêmicas, que processam cenários de complexidade dinâmicas e de detalhes. Além disso, devem ser operacionalizadas com modelo operacional próprio. Este deve contemplar, simultaneamente, *EXCELÊNCIA OPERACIONAL (áreas-meio com recursos necessários e suficientes, sinergicamente articuladas entre si e com os programas de procedimentos), *EXCELÊNCIA NOS PROGRAMAS DE PROCEDIMENTOS(ofertas dimensionadas em conformidade com o perfil epidemiológico) e *EXCELÊNCIA NOS CLIENTES(SUS, AMS e Particulares). Disso infere-se que as instituições de saúde atuam em cenários complexos que exigem ferramentas administrativas aderentes com administração profissionalizada focando o que deve ser feito, com clareza do que é gestão em mercado de fatores e mercado de serviços.

INSTRUMENTALIZAÇÃO DO PROCESSO DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CARUARU ATRAVÉS DO INFOCRAS

Autor principal: Oscar Capistrano
Outros autores: Cristiana Acevedo Zarzar e Ricardo Cerqueira
Instituição: Secretaria de Saúde do Município de Caruaru
Município: Caruaru
Estado:Pernambuco

INTRODUÇÃO

O Processo de regulação assistencial tem-se tornado um efetivo método de ordenação da oferta de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde, na medida em que tem possibilitado garantir o cumprimento de alguns dos principais preceitos da Política de Saúde adotada em nosso país; quais sejam: a descentralização, a regionalização e a hierarquização.

Nesta perspectiva, desde 2001, a Gestão Municipal de Caruaru (cidade com mais de 270 mil habitantes, distante da capital pernambucana em 180 km, situada no Agreste do estado, possuindo um pujante comércio, além do artesanato, conhecido inclusive no exterior do país), iniciou a operacionalização de uma pactuação em torno de procedimentos ambulatoriais e hospitalares. Para facilitar a referência por parte das Unidades Encaminhadoras (Unidades de Saúde do próprio território e municípios adscritos), a Gestão local iniciou o desenvolvimento de um *software* que facilitou sobremaneira as atividades relacionadas à regulação. Com a instalação da Programação Pactuada Integrada (PPI), o município de Caruaru, passou a abranger referência a 112 municípios, totalizando um contingente populacional equivalente a 2.725.833 habitantes. Em virtude desta complexidade, o *software* inicial passou a sofrer alterações, agregando, não apenas elementos tecnológicos, mas também componentes da lógica inerente ao funcionamento da PPI. Em operacionalização há 06 meses, o novo *software* apresenta diversos dispositivos que facilitam o encaminhamento das referências, bem como emite relatórios que subsidiam o controle e a avaliação, o processo de planejamento assistencial e a prestação de contas às Unidades Encaminhadoras.

Este trabalho apresenta esta experiência, desde a elaboração do *software*, até as possíveis análises e decisões administrativas que podem ser adotadas com base nos produtos do mesmo.

METODOLOGIA

Tendo em vista o desenvolvimento do *software*, alguns levantamentos e análises foram realizados com o intuito de estabelecer a lógica do programa; considerando que o mesmo objetivou auxiliar o processo de regulação da PPI. A seguir, estão descritos alguns procedimentos executados que puderam subsidiar a elaboração do *software*: Levantamento da Capacidade Instalada das Unidades Prestadoras de Serviços (UPS´s) e de Calendários de Atendimentos das UPS´s, Elaboração da grade de atendimento das UPS´s, incluindo as referências para as Unidades Encaminhadoras e elaboração de Protocolos de atendimento.

A partir destes levantamentos e análises, o sistema desenvolvido – INFOCRAS -, permitiu a execução do processo de regulação.

PRODUTOS

1. Procedimentos passíveis de regulação através do *software*: ambulatoriais existentes no SIA/ SUS e procedimentos hospitalares do SIH/ SUS.

2. Relatórios Emitidos: Capacidade Instalada (UPS)/ Potencial de Atendimento (UPS)/ Potencial de Produção Financeira (UPS); Comparativo Capacidade Instalada X Pactuação; Nº de Agendamentos por Unidade Encaminhadora/ Período; Nº de Procedimentos agendados por Unidade Encaminhadora; Relatório Financeiro de Procedimentos Agendados; Nº/ Tipos de Atendimentos Confirmados (Módulo em Construção – para exportação de dados para o SIA/ SUS); dentre outros.

ASPECTOS EXPERIENCIADOS: FACILIDADES E DIFICULDADES.

1. Facilidades:

O *software* apresenta diversas facilidades, desde a emissão de relatórios, primordial para o acompanhamento gerencial, até a possibilidade de estabelecer o processo de regulação

on line, diminuindo a distância entre os municípios que integram a região, até a rapidez e a agilidade dos processos inerentes da PPI.

2. Dificuldades:

Com a finalidade de estabelecer uma comunicação com demais *softwares* disponibilizados pelo Ministério da Saúde, o programa foi sendo aperfeiçoado, de maneira que, atualmente, já apresenta uma comunicação com o SIA/ SUS e SIH/ SUS. Conquanto, encontra-se em processo de construção a possibilidade de integrar-se a outros *softwares*; tais como o CNES, SIH-D, dentre outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivenciada pelo município de Caruaru, a partir da utilização do INFOCRAS, tem-se delineado de forma contundente não apenas para a equipe da Gestão Municipal, mas também para toda a região. A utilização de recursos tecnológicos no processo de regulação assistencial tem dado um contorno de agilidade a um conjunto de atividades complexas que exigem efetivo controle, acompanhamento e monitoramento, tornando viável a regionalização assistencial na região.

PREENCHIMENTO DA SALA DE SITUAÇÃO EM UMA ÁREA RURAL DE PLANALTINA (DF)

Autor principal: Pablo Almeida Rocha
Outros autores: Brenda Carla Lima Silva; Antenor Couto Neto; Carina Lassance de Albuquerque
Instituição: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Sala de Situação é um sistema de junção de informações de diversas fontes de dados, sendo de grande importância para o acompanhamento e diagnóstico de uma área, pois identifica os progressos e as falhas, e possibilita uma melhor ação da equipe de saúde do local.

Os dados aqui apresentados são referentes à Bica do DER, uma área rural da Região Administrativa de Planaltina, Distrito Federal.

A Unidade Básica de Saúde do Programa Família Saudável da Bica do DER está em funcionamento desde novembro do ano de 2004; portanto, a Sala de Situação aqui mostrada foi preenchida utilizando os dados do primeiro semestre de 2005 do Sistema de Atenção Básica, fornecidos pelos funcionários da equipe do Programa Família Saudável da área.

OBJETIVOS

Identificar possíveis tendências e problemas na situação de saúde da comunidade alvo e informá-los ao Conselho de Saúde local, junto com sugestões de medidas que visem controlar ou resolver tais agravos.

METODOLOGIA

A Sala de Situação foi construída utilizando-se os dados previamente obtidos pelos Agentes Comunitários de Saúde e devidamente organizados no Sistema de Atenção Básica. Este estudo abrange 617 domicílios, com 2329 pessoas.

RESULTADOS

A maior parte da população local é composta de adultos (de 20 a 59 anos, perfazendo 1.219 pessoas, 52% da população total), com um alto número de adolescentes (de 10 a 19 anos, totalizando 453 pessoas, 19% da população total).

Preenchimento da Sala de Situação
de uma área rural de Planaltina (DF)

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FUNDAÇÃO ZERBINI

Introdução e justificativa
A Sala de Situação é um sistema de junção de informações de diversas fontes de dados, sendo de grande importância para o acompanhamento e diagnóstico de uma área, pois identifica os progressos e as falhas, e possibilita uma melhor ação da equipe de saúde do local.
Os dados aqui apresentados são referentes à Bica do DER, uma área rural da Região Administrativa de Planaltina, Distrito Federal.
A Unidade Básica de Saúde do Programa Família Saudável da Bica do DER está em funcionamento desde novembro do ano de 2004; portanto, a Sala de Situação aqui mostrada foi preenchida utilizando os dados do primeiro semestre de 2005 do Sistema de Atenção Básica, fornecidos pelos funcionários da equipe do Programa Família Saudável da área.

Objetivos
Identificar possíveis tendências e problemas na situação de saúde da comunidade alvo e informá-los ao Conselho de Saúde local, junto com sugestões de medidas que visem controlar ou resolver tais agravos.

Metodologia
A Sala de Situação foi construída utilizando-se os dados previamente obtidos pelos Agentes Comunitários de Saúde e devidamente organizados no Sistema de Atenção Básica. Este estudo abrange 617 domicílios, com 2329 pessoas.

Resultados
A maior parte da população local é composta de adultos (de 20 a 59 anos, perfazendo 1.219 pessoas, 52% da população total), com um alto número de adolescentes (de 10 a 19 anos, totalizando 453 pessoas, 19% da população total).
Nesse período houveram 1165 consultas, sendo que 1065 delas foram consultas médicas. Aconteceram 370 consultas em crianças de 0 a 9 anos, o que dá uma média de 1,5 consultas médicas e de enfermeiros por criança por trimestre, sendo que espera-se a realização de 3 a 4 consultas por indivíduo por trimestre. Em outras faixas etárias, o coeficiente se mostrou mais adequado: 98 consultas de adolescentes de 10 a 19 anos, 541 consultas de adultos de 20 a 59 anos e 156 consultas de idosos acima de 60 anos.
Quando se avalia a razão do numero de visitas domiciliares mensais por família no trimestre, e é esperado um coeficiente maior que 1, indicando o mínimo de uma visita por família por mês, temos uma razão de 0,5. Tal indicador é usado para avaliar o acompanhamento mensal das famílias cadastradas.
Não houve, no primeiro semestre de 2005, nenhum óbito em crianças menores de 9 anos, com 12 crianças nascidas vivas, sendo que 4 tiveram baixo peso ao nascer (peso entre 500 a 2500g). Houveram 112 gestantes inscritas no período, sendo que 20 delas eram adolescentes (menores de 19 anos); aconteceram 12 partos.
Nesse período houveram 3 óbitos.
O acompanhamento de pacientes com doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mostrou-se aquém do número de portadores das referidas doenças (de 152 portadores de hipertensão e 20 de diabetes, apenas 112 e 15, respectivamente, eram acompanhados; o acompanhamento adequado seria em, no mínimo, 85% da população afetada).
Percebe-se que o número de consultas da população por médicos e enfermeiras é insuficiente em todas as faixas etárias.
O tipo de moradia predominante na área é de tijolo ou adobe, 94% dos casos. O abastecimento de água pela rede oficial (CAESB) equipara-se quantitativamente com o uso de poços e nascentes (pelos com 47% do total); é preocupante, no entanto, o fato de que 19% dessas residências não possuam forma alguma de tratamento domiciliar dessa água. Quanto ao destino do esgoto, apenas 2% dos domicílios possuíam um sistema de esgoto; 1% destinavam suas fezes e urina a céu aberto e os restantes 97% utilizavam sistema de fossa. Quanto ao lixo, 58% dos domicílios são contemplados por um sistema oficial de coleta, 42% enterram ou queimam o seu lixo e 2% dasdinam-no a céu aberto.

Considerações Finais
O correto preenchimento da Sala de Situação está intimamente ligado com a aplicabilidade desse sistema e na discussão de medidas para sanar problemas encontrados. Apesar de termos enfrentado uma dificuldade razoável no preenchimento desse valioso instrumento, ainda assim foi possível obter informações relevantes para a realização do diagnóstico da situação de saúde da área da Bica do DER.

Aprendizado com a vivência
Os dados foram difíceis de serem obtidos; houveram várias informações dúbias – e por vezes contraditórias. Com exceção de nossos instrutores diretos, poucas pessoas na rede de saúde com a qual estivemos em contato sabiam como preencher a Sala de Situação, dificultando a realização do trabalho.

Nesse período houveram 1165 consultas, sendo que 1065 delas foram consultas médicas. Aconteceram 370 consultas em crianças de 0 a 9 anos, o que dá uma média de 1,5 consultas médicas e de enfermeiros por criança por trimestre, sendo que espera-se a realização de 3 a 4 consultas por indivíduo por trimestre. Em outras faixas etárias, o coeficiente se mostrou mais adequado: 98 consultas de adolescentes de 10 a 19 anos, 541 consultas de adultos de 20 a 59 anos e 156 consultas de idosos acima de 60 anos.

Quando se avalia a razão do numero de visitas domiciliares mensais por família no trimestre, e é esperado um coeficiente maior que 1, indicando o mínimo de uma visita

por família por mês, temos uma razão de 0,5. Tal indicador é usado para avaliar o acompanhamento mensal das famílias cadastradas.

Não houve, no primeiro semestre de 2005, nenhum óbito em crianças menores de 9 anos, com 12 crianças nascidas vivas, sendo que 4 tiveram baixo peso ao nascer (peso entre 500 a 2500g). Houveram 112 gestantes inscritas no período, sendo que 20 delas eram adolescentes (menores de 19 anos); aconteceram 12 partos.

Nesse período houveram 3 óbitos.

O acompanhamento de pacientes com doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mostrou-se aquém do número de portadores das referidas doenças (de 152 portadores de hipertensão e 20 de diabetes, apenas 112 e 15, respectivamente, eram acompanhados; o acompanhamento adequado seria em, no mínimo, 95% da população afetada). Percebe-se que o número de consultas da população por médicos e enfermeiras é insuficiente em todas as faixas etárias.

O tipo de moradia predominante na área é de tijolo ou adobe, 94% dos casos. O abastecimento de água pela rede oficial (CAESB) equipara-se quantitativamente com o uso de poços e nascentes (ambos com 47% do total); é preocupante, no entanto, o fato de que 19% dessas residências não possuam forma alguma de tratamento domiciliar dessa água. Quanto ao destino do esgoto, apenas 2% dos domicílios possuíam um sistema de esgoto; 1% destinavam suas fezes e urina a céu aberto e os restantes 97% utilizavam sistema de fossa. Quanto ao lixo, 56% dos domicílios são contemplados por um sistema oficial de coleta, 42% enterram ou queimam o seu lixo e 2% destinam-no a céu aberto.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Os dados foram difíceis de serem obtidos; houveram várias informações dúbias – e por vezes contraditórias. Com exceção de nossos instrutores diretos, poucas pessoas na rede de saúde com a qual estivemos em contato sabiam como preencher a Sala de Situação, dificultando a realização do trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O correto preenchimento da Sala de Situação está intimamente ligado com a aplicabilidade desse sistema e na discussão de medidas para sanar problemas encontrados. Entretanto, enfrentou-se uma dificuldade razoável no preenchimento deste valioso instrumento, mas ainda assim foi possível obter informações relevantes para a realização do diagnóstico da situação de saúde da área da Bica do DER.

RESIGNIFICANDO O SIAB NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Autor principal: Patricia Aparecida Lamana Costa Longa
Instituição: Secretaria Municipal da Saúde do Município de São Paulo
Município: São Paulo
Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

O Município de São Paulo detem o maior contingente de Equipes do Programa Saúde da Família (PSF) do Brasil: 811 equipes, conforme plano de trabalho da Secretaria Municipal da Saúde (SMS). O desenvolvimento da estratégia vem sendo realizado por Instituições Parceiras do Município. As várias fases de implantação dessas equipes nos últimos 4 anos levou a diferentes entendimentos e utilizações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) nas diversas regiões da cidade. Em 2005, a necessidade de se uniformizar os conceitos do SIAB e padronizar instrumentos para a coleta simultânea de dados para a alimentação do SIAB e do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA – objetivando o aprimoramento das bases de dados geradas e sua utilização efetiva como instrumento de planejamento das ações de saúde, levou à constituição de um grupo de trabalho composto por representantes dos níveis central e regional da SMS (Atenção Básica e Informação), e Instituições Parceiras. O material produzido já se encontra em fase de implantação.

OBJETIVO

- Uniformizar os conceitos do SIAB, retomando os conceitos originais do sistema;
- Adaptar/Construir formulários padrão para a coleta concomitante de dados para a alimentação do SIAB e SIA;
- Adaptar ferramenta de consolidação dos dados e geração de relatórios específicos para o SIAB e o SIA para posterior digitação nos respectivos sistemas.

MÉTODO

Análise dos diferentes formulários existentes na rede, discussão e realinhamento do conceito das variáveis, construção de instrumentos de coleta que capturassem dados necessários à alimentação concomitante do SIAB e do SIA.

RESULTADOS

- Foram adaptados/construídos 9 formulários (Ficha A, Ficha B, Ficha D diária e mensal do Agente Comunitário de Saúde (ACS), Ficha de hospitalizações/óbitos/reuniões do ACS, Ficha D diária e mensal do auxiliar de enfermagem, Ficha D diária do enfermeiro e do médico);

- O manual de preenchimento preenchimento do SIAB, criado pelo Ministério da Saúde em 1998, foi revisado e adaptado de acordo com os novos formulários;

- Foi desenvolvida uma ferramenta de informática para a consolidação dos dados que, a partir de uma única

digitação dos dados coletados através dos novos formulários, gera dois tipos de relatórios, cada qual com o conjunto de dados consolidados, nos formatos específicos ara a digitação posterior no SIAB no SIA.

CONCLUSÃO

A partir dos conceitos básicos que orientam o SIAB e dos instrumentos preconizados e desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, o Município de São Paulo, agregando o conhecimento acumulado pelos técnicos que desenvolveram a estratégia do PSF em seu território desde sua implantação em 1998, adaptou/construiu um conjunto de instrumentos para coleta simultânea de dados para alimentar o SIAB e o SIA, eliminando o retrabalho e aprimorando a qualidade da base de dados gerada, possibilitando assim o aperfeiçoamento do conhecimento das condições de vida e saúde da população atendida.

PROJETO DESCENTRALIZAÇÃO ON LINE

Autor principal: Patrícia Tavares Ribeiro
Outros autores: Daniela Sophia; Deise de Araujo Grigório; Miguel Murat Vasconcelos
Instituição: Escola de Governo em Saúde da ENSP/FIOCRUZ
Município: Rio de Janeiro
Estado: Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

A descentralização da gestão estatal da saúde no Brasil nos anos 1990 logrou instituir uma arena de concertação federativa na direção nacional do Sistema Único de Saúde - a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) - de extrema relevância para a condução político-institucional do processo de regulação das relações entre os governos no cuidado à saúde da população brasileira no território nacional. Considerando as dimensões do território nacional, a diversidade local e regional, as desigualdades existentes entre os entes federados e as complexas mudanças introduzidas pelo processo de descentralização, o desenvolvimento de projetos de inovação científico-tecnológica que promovam a interação entre conhecimento, tecnologia e ação, pode representar um recurso importante para a qualificação da gestão descentralizada do SUS.

A complexidade das tarefas governamentais indica que processos virtuais interativos, capazes de agilizar a circulação e troca de informações entre governos e sociedade nos espaços de produção de políticas públicas, podem contribuir para o desenvolvimento de propostas e projetos de intervenção mais resolutivos e sintonizados com os variados problemas e necessidades locais, regionais e nacionais. Nesse âmbito, identifica-se o potencial das novas tecnologias em estabelecer canais produtivos para a veiculação de informações, conhecimento e análises entre profissionais de saúde, de instituições de ensino e pesquisa e executivos governamentais, no desenvolvimento de experiências inovadoras de cooperação técnica horizontal e vertical ou de gestão participativa de políticas setoriais. É neste contexto que se insere o Projeto Descentralização *On Line*.

OBJETIVOS E PROPÓSITOS

O projeto Descentralização *On Line* é uma iniciativa de inovação científico-tecnológica da Escola de Governo em Saúde (EGS/ENSP/Fiocruz). Criado em 1999, conta com o apoio da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS). Com a finalidade de ampliar o acesso a informações sobre a gestão do SUS, objetiva estabelecer mais um canal de veiculação de contribuições da sociedade ao processo de tomada de decisão setorial.

METODOLOGIA

O Descentralização *On Line* identifica-se como um projeto situado no campo da análise de políticas públicas, dos modos de *policy making* e da intermediação de interesses, que dialoga com as questões colocadas pela literatura que aborda a questão da informação, tecnologia e democracia no campo da gestão social.

Disponibiliza em *site* próprio (http://www.ensp.fiocruz.br/descentralizar), o registro temático das reuniões mensais da CIT; os documentos distribuídos nas reuniões (quando divulgados em meio eletrônico); o Fórum Descentralizar; e, um sistema de busca dos diferentes temas abordados no conjunto das reuniões armazenadas desde

maio de 2000. O DOL também sintetiza as contribuições dos participantes do Fórum para encaminhamento aos representantes da Comissão Intergestores Tripartite, disponibilizando a síntese realizada no *site*.

A forma de registro da reunião obedece a um enfoque temático, realizado a partir do olhar da equipe do projeto sobre o processo de descentralização da saúde. Estrutura-se a partir de uma breve apresentação do conteúdo de cada item da pauta, seguido da sistematização dos argumentos técnicos e políticos apresentados pelos representantes das três esferas de governo no debate que antecede a tomada de decisão, e, por fim, do encaminhamento decidido pela Comissão.

Este caráter inovador e exploratório permite testar metodologias que dêem conta de tarefas de sistematização e problematização do conteúdo político dos temas em negociação e pactuação na CIT, de forma a suscitar nos visitantes a leitura crítica e reflexiva do debate nacional sobre a saúde e o interesse em contribuir com avaliações e proposições que possam retroalimentar o processo decisório.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A experiência adquirida nestes seis anos de implementação do projeto evidenciou algumas dificuldades para a sustentabilidade destas inovações: a) a literatura científica que aborda as interações entre informação, política, tecnologia e comunicação referida a experiências inovadoras de governo eletrônico, democracia eletrônica, governo baseado em evidências, pesquisa científica de suporte à ação governamental, entre outros temas, articula inúmeros campos disciplinares na produção de interfaces de conhecimento de difícil apropriação e socialização, com caráter ainda bastante exploratório; b) as instituições públicas ainda não dispõem de recursos financeiros e humanos estáveis para o suporte necessário à manutenção e atualização de iniciativas como essa, especialmente no que se refere ao equacionamento de problemas operacionais na gestão de *sites*; c) a gestão de projetos desta natureza e a execução das atividades que realizam exigem uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais de formação disciplinar sólida e capacidade de dialogar com campos muito distintos de conhecimento, para o alcance de seus objetivos e a qualidade de seus resultados; d) a ampliação do acesso eletrônico a informações de interesse coletivo e a disponibilização de espaços virtuais de participação social não é suficiente para gerar novos espaços públicos. Esta situação necessita ser investigada em maior profundidade para que se possam estabelecer as causas prováveis e sua superação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na gestão de políticas públicas, não basta ampliar o acesso à informação, conhecimento e tecnologia para assegurar a participação da sociedade. No entanto, a introdução de novos instrumentos que contribuam para captar diferentes perspectivas da realidade sanitária, em contextos democráticos, pode promover uma qualificação do debate setorial importante para as necessárias correções de rumo na implementação de estratégias nacionais.

A EXPERIENCIA DO MUNICIPIO DE HORTOLÂNDIA(SP) NA MUDANÇA DO MODELO DE GESTÃO DE SEU HOSPITAL: DA GESTÃO ATRAVÉS DE UMA OSS PARA UM CONVÊNIO DE GESTÃO COM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA.

Autor principal: Paulo Vicente Bonilha Almeida
Outros autores: Edson Malvezzi
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Hortolândia
Município: Campinas
Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Hortolândia(SP), com população de 201.796 habitantes (IBGE-2006), dista 24 Km de Campinas e 115 Km de São Paulo, apresenta crescimento acelerado e desordenado e IDH de 0,79 (2000).

Em Agosto de 2004 inaugurou o seu Hospital, construído com recursos do Reforsus e contrapartida municipal. Trata-se de um Hospital Geral, com 68 leitos e um Pronto-Socorro (PS) com grande volume de atendimento, reflexo de uma Atenção Primária à Saúde insuficiente no município. Pouco antes de sua inauguração, a Administração Municipal de então transferiu a gestão e operacionalização do mesmo, através de um contrato, a uma Organização Social de Saúde (OSS), constituída poucos meses antes com objetivo de assumir o Hospital. Este processo gerou intensa polêmica e inclusive muitos questionamentos políticos e jurídicos por parte do Conselho Municipal de Saúde (CMS)

, Tribunal de Contas do Estado, etc.

Quando da posse da atual Administração Municipal o quadro em relação ao Hospital era o seguinte: 1. Ampliação do movimento de contestação política à "terceirização" do Hospital; 2. Custeio de R$ 1,3 milhões/mês, muito elevado para seu porte e ociosidade; 3. Não cadastramento junto ao SUS, cabendo seu custeio integralmente ao município; 4. Relação trabalhista precarizada mantida pela OSS com o Corpo Clinico; 5. Contrato sem indicadores de desempenho e as poucas metas estabelecidas eram desvantajosas para o Município, permitindo a OSS sub-produção; 5. Prestação de contas mensal apenas burocrática; 6. Ausência de controle social sobre o mesmo;

A análise desta experiência pode servir como subsídio para muitos municípios brasileiros hoje confrontados por um lado pela necessidade de otimizarem o custo-benefício de seus Hospitais e por outro pelas muitas alternativas de gestão hoje disponíveis, com várias destas entretanto muito polêmicas, por diminuírem o controle pela Administração pública e pela falta de transparência e controle social que acarretam, com riscos ao correto uso dos recursos públicos.

OBJETIVOS

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) buscou implementar os seguintes objetivos: 1. Iniciar uma rigorosa Gestão do Contrato vigente com a OSS; 2. Elaborar rapidamente um diagnóstico sobre a situação de funcionamento do Hospital; 3. Definir a melhor opção de substituição da OSS, com o cuidado de evitar uma crise institucional no Serviço.

METODOLOGIA

1)Realização de reuniões periódicas entre diretores da SMS e a direção do Hospital (OSS); 2)Nomeação pelo Prefeito Municipal de uma "Comissão de Avaliação do Hospital", composta por técnicos da SMS e especialistas contratados, para um diagnóstico da situação; 3)Desencadeado processo para substituição da OSS, buscando-se informações sobre alternativas de gestão hospitalar junto a Hospitais públicos da região, de reconhecida qualidade.

IRESULTADOS ALCANÇADOS

1)Melhoria dos indicadores de eficiência hospitalar, a partir do momento em que a Administração Municipal passa a desenvolver um processo intensivo de monitoramento, avaliação e gestão sobre o trabalho da mesma. Comparando-se dados de novembro de 2004, com junho de 2005, percebe-se aumento de 286 para 382 no número de internações, a TO passa de 42,6% para 85% e o TMP de 2,37 para 2,5 dias; 2)Conquista do credenciamento e financiamento do Hospital pelo SUS, em Agosto de 2005; 3)Firmado Convênio com a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), em janeiro de 2006, para gestão e operacionalização do Hospital, com características

vantajosas para o município e garantindo em sua gestão: manutenção do nível de complexidade anterior (apesar de muitas pressões no sentido de sua ampliação), tendo em vista a existência de referências Hospitalares de maior complexidade na região; Níveis de produção máximos para o Hospital; Retaguarda de cirurgia eletiva com regulação pelo município; Redução no Custo mensal para o patamar de R$ 1,250 milhões/mês; Estabelecidos indicadores de avaliação; Constituição de um Núcleo de Saúde Coletiva, entendendo o Hospital como "observatório" do sistema de saúde municipal; e, Garantia de Controle Social (conf. Lei 8142).

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

FACILIDADES: Composição de uma Comissão de Avaliação Hospitalar com profissionais de alto nível; Disponibilidade da Unicamp, através da atual Reitoria e Diretoria da Faculdade de Ciências Médicas em inovar, firmando Convenio para gerenciamento de um Hospital Municipal em sua área de influência; Grande envolvimento e apoio do CMS à mudança proposta pela SMS.

DIFICULDADES: Grave dificuldade orçamentário-financeira decorrente da falta de financiamento do SUS ao Hospital; Resistência inicial pela Câmara de Vereadores ao Convênio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Apesar da mudança na Gestão do Hospital ser muito recente, já podem ser salientados como ganhos:a)Moralização e transparência da gestão; b)Redução de custos; c)Otimização dos recursos disponibilizados, com utilização do Hospital em sua plenitude; d)Qualificação da assistência: Maior integração e efetiva retaguarda para a rede municipal de saúde; Acolhimento, com avaliação de risco no PS, com maior Resolutividade e Integralidade na atenção; e)Satisfação dos usuários, com atendimento de melhor qualidade e acesso a um maior contingente populacional; f)Satisfação dos trabalhadores, todos com direitos trabalhistas respeitados.

Salientarmos ainda que este Convênio, além de possibilitar à Universidade o exercício da Extensão, um dos pilares do tripé de sua Missão, serve também de exemplo de participação da mesma na construção da Política Pública de Saúde da sua região de influência, constituindo-se em interessante "piloto" para o estabelecimento de parcerias semelhantes pelas Universidades públicas brasileiras, com perspectivas alvissareiras no sentido do fortalecimento do SUS.

AUDITA SUS CURITIBA

Autor principal: Raquel Agibert Thomal
Outros Autores: Lenita Antonia Vaz; Anna Paula Lacerda Penteado
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba
Município: Curitiba
Estado: Paraná

O processo de municipalização em Curitiba iniciou em 1993 com a gestão do sistema hospitalar conveniado ao SUS, com a emissão das autorizações de internações hospitalares-AIHs. Em 1996, na condição de gestão semi-plena habilitou o município para gerenciar o sistema de pagamento aos prestadores do SUS; nesta ocasião foi instituído o sistema municipal de auditoria com regulamentação da lei de auditoria municipal em 1997.

Os serviços de saúde encontram-se estruturados em 58 hospitais 23 credenciados-SUS,5 públicos, 4 universitários), realizam em torno de 170 mil internamentos/ano; 126 serviços de média complexidade e 40 de alta complexidade.

O Centro de Controle Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba é composto por 61 auditores, 20 administrativos distribuídos nas coordenações hospitalar, alto custo ambulatorial, ambulatorial de média complexidade, programação e processamento do S IA/SIH.

Face as inúmeras solicitações de credenciamento e implantação das Redes de Atenção foi necessário centralizar esta demanda em uma coordenação técnica.

A implantação da coordenação técnica ocorreu em fevereiro de 2005 com as seguintes atribuições:

1) Acompanhamento das publicações das portarias ministeriais e divulgação via email aos auditores e administrativos.

2)Instrução dos processos de credenciamento.

3)Estabelecer protocolos junto com as sociedades de classe.

4)Coordenar as palestras de educação permanente para o corpo técnico.

5)Coordenar a aplicação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde- PNASS- auditoria de qualidade dos serviços.

6) Auxiliar as coordenações no acompanhamento das metas estabelecidas pelo Centro de Controle Avaliação e Auditoria

No período de abril a setembro de 2005 a coordenação de normas técnicas instruiu 85 processos de Alta Complexidade- Rede de Assistência Cardiovascular, TraumatoOrtopedia, Nefrologia, Saúde Auditiva e Terapia Nutricional conforme definição do Ministério da Saúde. Realizados 08 módulos de atualização para auditoria nas áreas de : Cardiologia, Neurologia, Ortopedia, Aspectos Jurídicos da Auditoria, Auditoria e Gestão do SUS, Apresentação da Avaliação dos Serviços de TRS e Oncologia , Treinamento do PNASS e Avaliação Anual de Metas.

Atualmente as seguintes atividades estão em andamento:

a) Atualização e acompanhamento dos leitos de psiquiatria em conjunto com a Coordenação de Saúde Mental da SMS - Curitiba.

b) Instrução dos processos das redes de assistência em oncologia e neurocirurgia.

c) Módulo de atualização mensal com discussão de temas, fluxos e processo de trabalho.

d) Elaboração de roteiro para relatório de auditoria.
e) Elaboração de material didático institucional do Centro de Controle Avaliação e Auditoria.
f) Importância do conhecimento e integração/ suporte jurídico no trabalho do auditor.

A evolução do trabalho e a implantação de uma coordenação de normas técnicas ao Centro de Controle Avaliação e Auditoria nos processos de credenciamento e educação continuada contribuiu na organização, fluxos , além do aprimoramento no conhecimento e integração do auditor ao trabalho.

A AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E O PACTO DE GESTÃO COM TRABALHADORES E EQUIPE: "QUE OS BONS TENHAM ESPERANÇA..."

Autor principal: Roberto Mardem Soares Farias
Outros autores: Mauricio Saurin e Grace Pfaffenbach
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde Sumaré
Município: Sumaré
Estado: São Paulo

Desde a década de 80 do século passado que se busca, no país, a universalização do acesso aos serviços de saúde como direito de cidadania. Não obstante esse resultado tenha sido alcançado, são inúmeras as evidências de iniqüidades no acesso, baixa resolutividade dos serviços de saúde, desperdícios de recursos, pouco compromisso de profissionais de saúde com o sistema público. É queixa recorrente dos gestores a dificuldade de se conseguir a adesão dos profissionais de saúde. Ao trabalhador, faltam estímulos para um melhor desempenho, pois já estão garantidas a estabilidade, o aumento de salário por tempo de serviço e a aposentadoria com salário integral independente de sua avaliação.

Os usuários, por sua vez, estão insatisfeitos com a atenção recebida, impessoal, quando não desrespeitosa.

São inúmeras as explicações para essa "crise" da saúde: os parcos recursos, modelo de atenção biológico flexneriano, modelo de gestão autoritário, dentre outras.

A Saúde de Sumaré, compreendendo as limitações do poder local para resolver todas essas questões, mas, por outro lado, buscando superar pelo menos parte desses problemas, tem como um dos seus eixos a valorização dos servidores. Parte-se da compreensão que parte dos problemas do Setor Saúde poderiam ser superados com trabalhadores mais satisfeitos, co-gestores dos processos de trabalho e, ao mesmo tempo, implicando-se e co-responsabilizando-se pela produção de um serviço com maior valor de uso pela população. Busca-se, então, a participação deles em colegiados gestores das unidades, na realização de projetos terapêuticos singulares e coletivos e no trabalho em equipe multidisciplinar. Criou-se um núcleo de apoio à educação permanente, permitindo-lhes possibilidades de desenvolvimento profissional.

Entretanto, carecia-se de ferramenta capaz de estimular um desempenho mais apropriado às funções públicas. Implantamos, para tal, uma nova forma de "contratualização" com os trabalhadores e as suas equipes, através da qual busca-se valorizar financeiramente aqueles que investem em processos de trabalho capazes de, nas condições existentes, trabalhar sob a égide de um conceito de saúde como "fruto da sociabilidade, da afetividade, da subjetividade, da organização da vida cotidiana, da cultura, do lazer, das relações com o território e com o meio ambiente (da experiência social, individualizado em cada sentir e vivenciado num corpo que também é biológico)".

OBJETIVOS

a) Estabelecer parâmetros para os contratos que considere compromissos entre servidores e gestores e com os processos de trabalho locais;
b) Garantir avaliação permanente de desempenho tanto individual quanto das equipes de cada unidade de produção que sirva de 'feed-back" para mudanças nos processos de trabalho e para o planejamento local e ascendente.
c) Permitir vencimentos variáveis de acordo com o alcance de metas pactuadas entre os gestores, profissional de saúde e equipe;
d) Permitir que as atribuições de cada servidor e equipe sejam previamente conhecidas e estabelecidas de acordo com as condições de trabalho.

MÉTODO

Aprovou-se uma lei que instituiu para todos os funcionários da saúde vencimentos variáveis de acordo com um conjunto de metas pactuadas previamente. Foram instituídos 2 tipos de "prêmios": um segundo metas por indivíduo (vencimento variável individual – VVI) e outro segundo indicadores para a equipe (vencimento variável por equipe – VVE).

As metas são fixadas semestralmente por pactuação que considere os interesses da gestão, dos trabalhadores, o planejamento local e as condições estruturais e de trabalho. O VVI corresponde a um valor variável de 0 (zero) a 60% do salário base de cada profissional, dependendo do alcance das metas individuais .O VVE variará também de 0 a 60% do salário base, dependendo do alcance de metas proposto para a

equipe a que pertença. As metas referem-se a processos e resultados.

O contrato do desempenho ou metas a serem alcançadas será realizado em cada serviço da Secretaria Municipal de Saúde em negociação com os gerentes dos serviços e seus trabalhadores, e levarão em conta a estrutura e condições de trabalho de cada unidade de saúde.

As metas deverão ser revistas a cada 8 meses, repactuando-as sempre que necessário, considerando as possíveis mudanças no contexto e na conjuntura.

A realização do contrato de metas com os trabalhadores e gerentes de cada unidade de saúde será feita por uma equipe de apoio à gestão da Secretaria de Saúde constituída por um médico, um enfermeiro e um dentista indicados pelo Secretário de Saúde acrescida de um trabalhador da unidade de saúde, um representante do sindicato e um usuário representando o Conselho Local de Saúde.

Cada trabalhador da saúde será avaliado segundo critérios de desempenho individual (50% do valor do vencimento variável) e segundo critérios de desempenho da equipe do qual faz parte (50% do valor do vencimento variável);

Dentre os critérios de avaliação individual serão considerados os seguintes indicadores: absenteísmo, assiduidade, produtividade, satisfação do usuário com profissional em avaliação e satisfação da sua equipe com o trabalhador;

A produtividade levará em conta as atribuições e especificidades de cada categoria profissional;

Para a avaliação do trabalho em equipe serão considerados 3 tipos de indicadores: a) indicadores de resultados; b) indicadores de processo; c) satisfação do usuário com o trabalho da equipe em geral. São exemplos de indicadores de resultado: aumento da cobertura de citologia oncótica, redução do C.P.O.D; aumento da cobertura vacinal; redução da gravidez em adolescentes; aumento do número de consultas de prénatal por gestação. São exemplos de indicadores de processo: número de consultas domiciliares realizados no mês; números de atividades de educação em saúde (trabalhos de grupos) realizados por mês; número de projetos terapêuticos realizados pela equipe.

Os indicadores e as metas a serem alcançadas poderão diferenciar de um serviço para outro, considerando-se as atribuições e especificidades de cada serviço;

A avaliação de cada profissional ou equipe será através de um sistema de pontuação, onde a cada percentual alcançado o trabalhador ou equipe recebe uma quantidade de pontos. A avaliação final se constituirá da somatória dos pontos.

RESULTADOS

No momento da inscrição do trabalho encontrávamos em processo de pactuação com os serviços sobre as metas a serem alcançadas. A primeira avaliação deverá ocorrer em agosto de 2006.

CONCLUSÃO

Embora ainda esteja embrionário, o processo de pactuação que ora se desenrola aponta resultados promissores, haja vista o envolvimento dos trabalhadores e do interesses dos usuários conselheiros locais em tal processo. Espera-se, como fruto de uma dada política de gestão de pessoas onde a pactuação e avaliação de desempenho se coloca como um dos elementos mais estratégicos, haja motivação dos trabalhadores para inovar, melhorar seu desempenho, envolver-se mais com a gestão e cuidar melhor da população a eles adscrita. Além do mais, somando-se a outras ferramentas capazes de ampliar a participação dos trabalhadores na gestão e de melhorar a sua satisfação, espera-se que consigamos "que os bons tenham esperança..."

E-@UTORIZADOR : SISTEMA DE AUTORIZAÇÃO; CONTROLE E AVALIAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR E PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE

Autor principal: Rodrigo de Oliveira Danza
Outros autores: Leonardo Magno de Magalhães, Patrícia Pires Santa Bárbara
Instituição: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
Município: Salvador
Estado: Bahia

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, através da Secretaria Executiva – SE e da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, vem implementando a política de informação e informática e de descentralização no Sistema Único de Saúde – SUS de acordo com os princípios estabelecidos na constituição federal. Na Portaria conjunta SE/SAS nº 23 publicada em 21 de maio de 2004 estava previsto que em junho de 2005, o Departamento de Informática do SUS – DATASUS disponibilizaria aos Estados, municípios e para o Distrito Federal a primeira versão do Sistema Módulo Autorizador, subsistema que integra o conjunto de aplicativos de gestão descentralizada, modernizando os instrumentos de autorização e permitindo uma maior qualidade e controle com a informatização das Autorizações de Internação Hospitalar – AIH e Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/ Custo – APAC.

A Coordenação de Modernização Administrativa – CMA, órgão responsável pela área de tecnologia da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB, após analisar a proposta e a primeira versão do Módulo Autorizador, levantou os aspectos tecnológicos que poderiam ser melhorados e propôs o desenvolvimento de um novo Sistema vertical, acessado via internet, com base de dados centralizada e integrada, possibilitando a todos os níveis da gestão um controle maior na distribuição, emissão e autorização dos procedimentos hospitalares e de alto custo.

A primeira fase do projeto já está concluída com o desenvolvimento dos módulos administrativo e autorizador WEB. O novo Sistema estará em produção a partir de Setembro de 2005.

METODOLOGIA E PROPOSTA DA SESAB

A SESAB deixou a critério da CMA a metodologia de análise e desenvolvimento do Sistema. Para tanto, algumas premissas foram estabelecidas:

1. Seguir rigorosamente as orientações do manual da AIH e do projeto do DATASUS.
2. Arquitetura WEB.
3. Base de dados centralizada, de grande porte e robustez.
4. Integração com os subsistemas da FCES, CNS e tabelas corporativas.
5. Permitir cruzamento de dados entre o Sistema SISAIH01 (Sistema do DATASUS para apresentação do faturamento dos prestadores de serviço) e Módulo Autorizador.
6. Eliminar o uso dos formulários da AIH e APAC.

RESULTADOS E CONCLUSÃO

O processo de distribuição, emissão, autorização, impressão e controle das AIH no Estado da Bahia foi completamente automatizado. O Sistema foi implantado em Setembro de 2005 e permite ao Estado hoje controlar grande parte do processo autorizativo. Atividades complexas como distribuição das faixas, que antigamente requeriam um controle extremamente atencioso e com registros manuais, após a implantação do Sistema, são executadas por procedimentos automáticos e sem necessidade de acionamento manual.

Como o Sistema é totalmente "*on-line*", integrado, distribuído e com foco no controle e na gestão, o resultado obtido foi à agilidade no processo de autorização, otimização dos recursos SUS, melhoria na qualidade da informação e da gestão, além de permitir o monitoramento da pactuação integrada, auxiliando o Estado na redistribuição das cotas de AIH entre os municípios de forma mais justa e equânime. Outro fato importante foi substituição dos formulários pré-impressos de AIH e APAC, gerando uma economia significativa para a secretaria.

Pontos importantes do projeto do Sistema que não foram contemplados nesta primeira fase, já foram identificados e serão desenvolvidos posteriormente. São eles:

- Módulo de APAC.

• Módulo WEB para prestadores de serviços – Neste módulo será permitido ao prestador digitar, acompanhar e imprimir o laudo e a AIH ou APAC dos seus pacientes.

• Módulo WEB administrativo – Este módulo descentralizará as ações de cadastramento básico e de críticas iniciais aos órgãos emissores.

GESTÃO PARTICIPATIVA E COLEGIADA DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: AMPLIANDO POSSIBILIDADES DE GESTÃO

Autor principal: Rosana Aparecida Garcia
Outros autores: Sérgio Resende de Carvalho; Heleno R. Corrêa Filho; Gastão Wagner de Souza Campos
Instituição: Prefeitura Municipal de Campinas
Município: Campinas
Estado: São Paulo

Este trabalho conta a experiência de gestão participativa e co-gestão em um Centro de Saúde do município de Campinas – Estado de São Paulo, que está inserido no Modelo de Atenção em Defesa da Vida, e que utiliza-se de arranjos e dispositivos internos ao modelo de atenção incentivando trabalhadores da saúde e usuários a participarem dos processos de trabalho. O Centro de Saúde no qual desenvolve-se este trabalho, localiza-se no Distrito de Saúde Sudoeste de Campinas, uma das regiões mais carentes do município, e com área de cobertura de aproximadamente 35 mil habitantes. Em meio falta de recursos existentes e condições adversas de trabalho, a equipe de saúde tem se organizado com a gestão local e distrital no sentido de avaliar e fazer a gestão do cuidado prestado aos usuários da região.

O objetivo deste trabalho é com-partilhar uma experiência de co-gestão de serviço de saúde, que pretende fortalecer sujeitos para a análise e intervenção dos processos de trabalho (co-responsabilidade). Este trabalho utiliza-se do Método de gestão Paidéia (Campos, 2000 e 2003) no qual Arranjos e dispositivos - Núcleo de Saúde Coletiva, Colegiado Gestor, Conselho de Saúde, e outros - facilitam a reflexão e qualificação das práticas de atenção à saúde, por sujeitos de diferentes niveis de governabilidade. Uma parceria fundamental para este trabalho de co-gestão é o apoio do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP, através dos docentes da Residência em Medicina Preventiva e Social e internos de Medicina do 5º ano em Planejamento e Gestão.

Como resultado do processo de gestão democrática e de co-gestão temos: 1. discussões elaboradas quinzenalmente no Colegiado Gestor, no sentido de analisar e intervir em questões organizativas / processos de trabalho / troca de informações se realiza de forma com-partilhada, permitindo ampliar o olhar para níveis de governabilidade distintos dentro da Instituição – Distrito de Saúde, Secretaria de Saúde, etc; 2. Núcleo de Saúde Coletiva que reúne-se quinzenamente para construir Projetos de Intervenção no território, ações em saúde, tendo como eixo norteador o risco e a vulnerabilidade de grupos. 3. revitalização do Conselho Local de Saúde, empoderando os conselheiros de discussões diversas no sentido de ampliar a capacidade de analisarem o acesso do usuário ao Sistema de Saúde, bem como reconhecerem limites e proporem estratégias para melhoria do acesso humanizado; 4. processo de Educação Permanente dos trabalhadores da saúde através do uso de tecnologia básica – capacitação em serviço e de uma pagina virtual na Internet abrigada pela UNICAMP (http://www.ead.unicamp.br/~teleduc/cursos/aplic/index.php?cod_curso=819) e que permite ao trabalhador em saúde seu processo de ensino aprendizagem de forma participativa; 5. utilização dos estudos de casos realizados em parceria com o Internato de Medicina do 5º ano da Unicamp e com a Residência em Medicina Preventiva e Social da Unicamp, como dispositivo de gestão da clinica, e de sua qualificação; 6. desenvolvimento de Projetos Acadêmicos que busquem dar conta dos problemas mais relevantes da região; sendo um dos exemplos o Projeto TRAPP (Trabalho informal perigoso e penoso) realizado em parceria com a UNICAMP. 7. mutirões internos realizados pelos trabalhadores da saúde no sentido de "qualificar a assistência",fazendo com que o envolvido pelo "cuidado" se responsabilize por este ato, fazendo a gestão de sua clinica, ou seja : avaliando e qualificando encaminhamentos a especialidades através de critérios de risco e avaliação; qualificando os pedidos de exames laboratoriais solicitados, inserindo-os na discussão de protocolos institucionais, dentre outros.

A dificuldade que a gestão aponta para este modelo de gestão democrática e colegiada, é inerente ao próprio contexto político no qual um projeto desta natureza se insere, vindo muitas vezes na contra-mão de interesses de um modelo hegemônico de gestão, além da reflexão de que os sujeitos locais não tendo uma construção anterior de coletivos democráticos e com-partilhados, tem muitas vezes dificuldades analisar questões de forma mais ampliada. Também é muito presente, o jogo de interesses e desejos muitas vezes dissonantes da Missão Institucional, mas que vem sendo trabalhada na lógica de respeito as diferenças e de um olhar sobre um coletivo.

Esta forma de gestão democrática e colegiada contribui para processos mais solidários e democráticos em saúde uma vez que trabalha com o potencial criativo dos sujeitos envolvidos no processo de saúde, responsabilizando os trabalhadores da saúde por uma clinica ampliada, incorporando a gestão desta clinica aos trabalhadores envolvidos, bem como utilizando de uma discussão participativa com a comunidade e conselheiros de saúde para garantia de relações mais humanizadas . Acreditamos que trabalhos singulares como este, facilitem gestores de saúde a se aproximarem de seus coletivos mudando relações internas de poder, a partir do contrato coletivo de ações pactuadas em rodas, arranjos , dispositivos internos, e produzindo um trabalho em saúde humanizado e ético, tanto para a Instituição, como para Trabalhadores da Saúde e Usuários do SUS.

VACINAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ÁREAS DE DIFÍCIL ACESSO: ROMPENDO A BARREIRA DAS DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE

Autor principal: Samia Abdul Samad
Outros autores: Luciana Amorim; Sirlene Pereira; Luz Marina Alfonso
Instituição: Ministério da Saúde
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

A vacinação gratuita e de qualidade é um direito de todo cidadão brasileiro independente da raça ou grupo étnico, atendendo aos princípios da equidade e da universalidade. As atividades de imunização nas áreas de difícil acesso produzem demandas específicas, geradas a partir da situação geo-sócio-econômico e cultural, da oferta e acesso aos serviços de saúde e satisfação dos usuários. Para garantir a assistência adequada dos povos da floresta Amazônica e do Pantanal, utilizam-se horas vôo e aeronaves da Força Aérea Brasileira em missões de multivacinação – Operação Gota, com investimento de 3 milhões de reais/ano, para atendimento de 1155 comunidades, em áreas acessíveis somente por meio aéreo, com densidade demográfica inferior a 1 hab/km2. Anteriormente, não se vacinava ou havia descontinuidade nas ações em virtude das grandes distâncias e da exposição dos imunobiológicos a alterações de temperaturas comprometendo a imunogenicidade.

OBJETIVOS

Reduzir iniqüidades, garantir acesso à vacinação com qualidade e segurança, melhorar indicadores de saúde e manter a erradicação, eliminação e o controle das doenças imunopreveníveis.

MÉTODO

Estudo descritivo e analítico desta ação de vacinação realizada pelas missões aéreas no período de 10 anos, avaliando impacto das ações na tendência das doenças imunopreveníveis.

RESULTADOS

Assistência à saúde garantida a 80 mil pessoas mediante o cumprimento do calendário de vacinação, com resgate dos não vacinados, conservação adequada dos imunizantes pela redução do tempo gasto e acesso oportuno às regiões, aumento de 30% nos indicadores das coberturas vacinais, com redução da morbimortalidade.

CONCLUSÃO

A estratégia possui grande credibilidade e sua realização está incorporada nos serviços de saúde dos municípios atendidos. A suspensão das missões levaria a um descrédito para a saúde pública e a um prejuízo para as populações atendidas de difícil recuperação. Comprova-se que nestas áreas, onde a cobertura em < 1 ano é baixa, um número significativo de esquemas completados nos 4 anos seguintes, principalmente com 1 ano de idade. A garantia da rede de frio está relacionada com a agilidade do transporte, evitando acesso demorado que não possibilitaria a realização da vacinação.

UMA NOVA PROPOSTA DE PACTUAÇÃO PARA FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA DO ESTADO DO TOCANTINS/2006.

Autor principal: Sandra Cristina Oliveira Santos
Outros autores: Milena Alves de Carvalho Costa, Regiane Rezende
Instituição: Secretaria de Estado da Saúde de Tocantins
Município: Palmas
Estado: Tocantins

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Avaliação de Indicadores da Atenção Básica constitui instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde referentes a esse nível de atenção. O Pacto constitui-se como base para negociação de metas, com vistas à melhoria no desempenho dos serviços da atenção básica e da situação de saúde da população, a ser alcançada por municípios e estados. No ano de 2005, a Pactuação dos Indicadores da Atenção Básica foi realizada por meio de reuniões nas microrregionais, de acordo com Plano Diretor de Regionalização–TO, juntamente com as equipes de Planejamento e Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins (SESAU). A primeira equipe abordou aspectos relacionados aos instrumentos de gestão e a segunda tratou da Programação Pactuada Integrada de 2005 (PPI-2005). A apresentação do Pacto 2005 foi realizada por uma equipe da Coordenação Estadual da Atenção Básica (CEAB), composta por três técnicos e um assistente administrativo, que ficou responsável pela apresentação da Portaria Nº 21/GM e do *site* do SisPacto (processos de acesso e alimentação do sistema) e sobre a forma de cálculo de todos os indicadores. As dúvidas dos municípios em relação à realização do Pacto recaíam sobre a equipe, entretanto as questões nem sempre eram resolvidas de forma satisfatória, pois as áreas técnicas que possuíam indicadores no pacto não participavam do processo, e a equipe não dominava integralmente argumentos relacionados a estes indicadores. Várias eram as reclamações feitas pelos municípios, principalmente relacionadas ao não entendimento da razão pela qual realizar tal pactuação, dessa forma a maioria deles pactuava seus indicadores aleatoriamente, sem compreenderem o processo e sua importância. Com base neste contexto, nas orientações sobre a redefinição do papel do Estado e fortalecimento da Atenção Básica (AB) propostos no Pacto pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão e com intuito de efetivar a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Promoção da Saúde, a CEAB propôs e está realizando uma forma diferenciada de pactuação como forma de aproximação da realidade dos municípios; promover a apropriação do processo de trabalho; reconhecimento mutuo de limitações e de potencialidade e pactuação de metas mais reais; reconhecimento de necessidades, dificuldades e potencialidades semelhantes e a sua distribuição geográfica de forma a auxiliar a discussão para a constituição das regiões de saúde. Este trabalho pretende descrever o processo de pactuação dos indicadores da AB que está sendo realizado pela CEAB-TO.

OBJETIVOS

Realização da Pactuação dos Indicadores da AB-2006 através da apropriação do processo pelos Municípios; promover o desenvolvimento da autonomia local, a co-responsabilização; Contribuir para uma aproximação da realidade com intuito de subsidiar a elaboração de instrumentos e estratégias para o planejamento ascendente e assessoria com base em evidências a partir da construção de vínculos com os atores envolvidos no processo e do reconhecimento das necessidades reais expressas por meio da própria fala dos atores; Promover a adequação das metas à realidade subjetiva e objetiva local; Sensibilizar gestores municipais e equipes de saúde sobre a importância da participação de todos no processo e sobre a importância da apropriação do processo de trabalho para a transformação local.

METODOLOGIA

Em 2006, a idéia foi construir um processo de Pacutação organizado com o intuito de conhecer a realidade local, e principalmente, que o Pacto-2006 fosse realizado de forma participativa, e que os municípios pudessem compreender seu papel dentro do processo. Com a publicação da Portaria 493, os municípios foram convidados a comparecerem à SESAU, em grupos de aproximadamente 14 por dia, durante 10 dias, para efetivar seu Pacto, avaliando previamente os resultados dos indicadores alcançados em 2005, além de apresentarem uma proposta para pactuação dos indicadores de 2006, discutidos com a equipe local. Desse

processo participaram secretário municipal de saúde e representantes das equipes locais de saúde: médico, enfermeiro e odontólogo. Cada equipe municipal efetivou sua pactuação após discussão com cada área técnica sobre seus indicadores. Neste momento discutiram sobre sua realidade, necessidades, expectativas e dificuldades em relação a política de atenção básica. Dessa forma, a equipe voltava para seu município com avaliação e pactuação finalizadas (lançadas no sistema e assinadas).

PRODUTO

Dos 139 municípios que compõem o Tocantins, 127 conseguiram finalizar a avaliação dos indicadores de 2005 e a pactuação para 2006 e lançá-las no sistema (SISPACTO). Doze municípios reagendaram o encontro, alguns por terem visto a necessidade de realizar a pactuação com toda a equipe, outros não puderam comparecer na data agendada, por problemas locais. Grande parte dos envolvidos no processo sentiu-se importante ao realizar a pactuação da forma proposta, pois conseguiu perceber o seu papel no contexto, e principalmente entender o porquê pactuarem tais indicadores. Todos os técnicos das áreas envolvidas relataram que o encontro propiciou um conhecimento maior da realidade, o que contribuiu para uma sensibilização quanto a importância de se trabalhar de forma equânime no que se refere à assessoria, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas. Os integrantes da equipe municipal relataram que o novo processo de pactuação propiciou a adequação das metas, pois ao entenderem o processo, puderam pactuar levando em consideração sua estrutura (física, de pessoal e financeira) e os processos desenvolvidos no município para o desenvolvimento da AB.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

A receptividade dos municípios à nova proposta e o comparecimento de quase 100% das equipes completas superou as expectativas da CEAB, os agradecimentos pelo espaço e a oportunidade de também conhecer as limitações do Estado e assim poder em conjunto encontrar soluções e traçar estratégias comprovaram o quanto vale a pena humanizar o processo e trabalhar no sentido de desenvolver a autonomia local.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da pactuação de forma a garantir a co-responsabilidade dos atores municipais, conhecimento da realidade local contribuiu no processo de redefinição do papel do estado objetivando o planejamento ascendente.

ESTUDO SOBRE O FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, APÓS A IMPLANTAÇÃO DO REGISTRO ELETRÔNICO.

Autor principal: Sheila Maria Santiago Borges
Outros autores: Luiz Correia Filho; Fatima Veronica Teixeira de Lima; Andreia Cristina Costa Belém
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza
Município: Fortaleza
Estado: Ceará

INTRODUÇÃO

Segundo estimativa do IBGE no ano de 2004 a cidade de Fortaleza no estado do Ceará conta com aproximadamente 2300000 habitantes e a saúde pública caminha a passos largos rumo a excelência na prestação de seus serviços a população.

O alicerce deste crescimento sustentado, é a premissa da tomada de decisões com base em informações consistentes. A saúde municipal buscando conhecer mais seu público, assegurar a qualidade dos dados coletados, permitir a vinculação do indivíduo com a unidade de saúde, implantar prontuários eletrônico, implanta no ano de 2003 o projeto cartão saúde do cidadão/registro eletrônico que visa informatizar a Secretaria Municipal de Saúde e as Unidades Básicas de saúde através de instalação de rede elétrica e pontos lógicos interligando em rede os equipamentos do nível central da SMS e unidades básicas de saúde e instalação do sistema gerador de bancos de dados e do sistema integrado de saúde.

Após a implantação a informática tem sido a ferramenta de coleta e armazenagem de todas as informações sobre o dia a dia da saúde municipal. O município no ano de 2004 conta com uma rede ativa com 1541 computadores interligados , fornecendo informações em tempo real.

Foram implantados os seguintes módulos: cadastro do usuário, prontuário, central de regulação, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, gerenciamento laboratorial.

O registro eletrônico implantado nas unidades básicas de saúde no município de Fortaleza , é um projeto que veio para proporcionar qualidade de atendimento ao usuário e ferramenta de gestão para que os gestores possam planejar e intervir nas ações de saúde.

OBJETIVO

-Avaliar o funcionamento da unidade básica de saúde após a implantação do registro eletrônico.
-Identificar os profissionais o envolvimento com a informatização.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada no ano de 2004 em 28 unidades básica de saúde, o que eqüivale a 33.7 % das unidades básicas de saúde do município com registro eletrônico implantado. Foram utilizados questionários com perguntas fechadas e abertas e aplicados aos profissionais envolvidos no processo de registro eletrônico como: médicos (84), enfermeiro (102), pessoal do same (100), auxiliar de enfermagem (110), diretores (28).

RESULTADOS

SAME: 96,42% demonstram conhecimento do projeto, 85,71% demonstram habilidades para manusear com o computador.

ACOLHIMENTO: 21,42% são enfermeiros, 78,57% dos usuários enfrentam fila no acolhimento, 89,28% verifica P.A., peso, altura e temperatura.

VACINA E CURATIVO: 92,85% são auxiliares de enfermagem , 100% demonstra conhecer o projeto e 92,85% demonstram habilidade para manusear o computador.

CONSULTA DE ENFERMAGEM: 100% das unidades oferece consulta de enfermagem, 25% não gosta do sistema de registro eletrônico mas 100% registra os procedimento no sistema.

CONSULTA MÉDICA: 100% das unidades oferece consulta médica, 92,85% sempre atende pelo sistema mas 21,42% não gosta do sistema.

DIRETORES: 75% sempre utiliza o sistema para gerar relatórios, 91% demonstra conhecimento sobre o sistema e 89% demonstra habilidade para manusear o computador.

DIFICULDADES: sistema lento, computador trava, sistema off line e não sabe tirar relatório.

OPINIÃO DOS ENTREVISTADOS: 75% consideram a implantação como boa, 85% das unidades apresentaram mudanças (profissional comprometido, maior controle na distribuição de medicamentos, mais organização).

CONSIDERAÇÕES

- Organizar mais a unidade de saúde para receber a informatização.
- Conversar mais com os servidores sobre a implantação do registro eletrônico.
- Informar a população sobre o projeto
- Direção presente em todos os momentos da implantação desde a estrutura dos pontos lógico, chegada das máquinas, treinamento, etc
- Manter o quadro de recursos humanos completo na unidade de saúde.

CONHECENDO A OPINIÃO DO USUÁRIO DO CARTÃO SAÚDE CIDADÃO/REGISTRO ELETRÔNICO EM FORTALEZA-CE

Autor principal: Sheila Maria Santiago Borges
Outros autores: Luiz Correia Filho; Fatima Veronica Teixeira de Lima; Andreia Cristina Costa Belém
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza
Município: Fortaleza
Estado: Ceará

INTRODUÇÃO

Segundo estimativa do IBGE no ano de 2004 a cidade de Fortaleza no estado do Ceará conta com aproximadamente 2300000 habitantes e a saúde pública caminha a passos largos rumo a excelência na prestação de seus serviços a população.

O alicerce deste crescimento sustentado, é a premissa da tomada de decisões com base em informações consistentes. A saúde municipal buscando conhecer mais seu público, assegurar a qualidade dos dados coletados, permitir a vinculação do indivíduo com a unidade de saúde, implantar prontuários eletrônico, implanta no ano de 2003 o projeto cartão saúde do cidadão/registro eletrônico que visa informatizar a Secretaria Municipal de Saúde e as Unidades Básicas de saúde através de instalação de rede elétrica e pontos lógicos interligando em rede os equipamentos do nível central da SMS e unidades básicas de saúde e instalação do sistema gerador de bancos de dados e do sistema integrado de saúde.

Após a implantação a informática tem sido a ferramenta de coleta e armazenagem de todas as informações sobre o dia a dia da saúde municipal. O município no ano de 2004 conta com uma rede ativa com 1541 computadores interligados , fornecendo informações em tempo real.

Foram implantados os seguintes módulos: cadastro do usuário, prontuário, central de regulação, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, gerenciamento laboratorial.

O registro eletrônico implantado nas unidades básicas de saúde no município de Fortaleza , é um projeto que veio para proporcionar qualidade de atendimento ao usuário e ferramenta de gestão para que os gestores possam planejar e intervir nas ações de saúde.

0BJETIVO

Identificar o usuário do cartão saúde do cidadão/ registro elterôncico, bem como sua percepção sobre a resolutividade do serviço implantando nas unidades básicas de saúde.

METODOLOGIA

O modelo de atenção à saúde através do cartão saúde do cidadão/registro eletrônico, foi construído de forma estruturada, segmentado em etapas como critérios para implantação do sistema, cadastramento, digitação, treinamento e organização do serviço. Diante da estrutura já formada a pesquisa com o usuário foi realizada em 49 unidades básicas de saúde ligada a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza . O período pesquisado foi de agosto e setembro de 2004 e o instrumento escolhido foi um questionário com 09 perguntas fechadas e 01 aberta. Foram pesquisados 986 usuários através de entrevista pessoal na própria unidade de saúde.

RESULTADOS

-73% foram do sexo feminino e 27% do sexo masculino, a faixa etária predominante foi de 30 a 40 anos, ou seja 32% dos entrevistados ;
-69,8% sabem o que é cartão saúde;
-93,6% dos entrevistados são usuários definitivos ou seja está adscrito e cadastrado na unidade próximo a residência.
-86,2% enfrentam fila para ser atendido no SAME;
-46,9% receberam os esclarecimento sobre a implantação do cartão saúde cidadão/registro eletrônico;
-92,3% disseram que o médico utilizou o sistema ou seja utilizou o registro eletrônico;
-47% acharam que a qualidade da consulta melhorou após a implantação;
-51,8% receberam senha de atendimento;
-6,1% vai mais de uma vez/semana a unidade de saúde, 7,9% vai uma vez/semana , 39,2% vai uma vez/mês, 16,2% vai mais de uma vez/mês, 30.6% raramente vão a unidade.

CONSIDERAÇÕES

- Melhorar o atendimento;
- Aumentar atendimento médico diário;

- Reduzir tempo de espera pela realização de exames e consultas especializadas através do sistema;
- Qualificar os profissionais;
- Divulgar as vantagens do cartão saúde cidadão/registro eletr6onico.

MULHERES NEGRAS E HIV/AIDS

Autor principal: Silvana do Amaral Veríssimo
Município: Piracicaba
Estado: São Paulo

A infecção de HIV/AIDS nas mulheres vem aumentando longo dos anos, em Brasil, apesar das campanhas veiculadas em rede nacional. Em relação às mulheres negras, detectamos um índice elevado. Devido ao quadro social que pertencem, ou seja, a maioria vive na linha da pobreza, baixos índices de alfabetização, as informações sobre prevenção e direitos reprodutivos não chegam até elas.

Somando as desigualdades sociais existentes, o fato permanecerem excluídas das mais variadas instâncias de poder e decisão na vida pública e na vida privada, são as maiorias das pessoas atingidas em casos de violência. O índice de morte materna também é enorme se falando de mulheres negras, causando um desequilíbrio social, pois seus filhos se tornam órfãos e muitas vezes sem nenhuma estrutura familiar e sem nenhuma estrutura de vida. Nesse sentido, a necessidade de refletir sobre cor/raça/gênero/etnia e de entender como essas categorias interferem na saúde da comunidade fez com que o Grupo de Mulheres Negras Nzinga Mbandi, em 2004, com o propósito de estabelecer uma agenda de atividades que focassem a temática étnico-racial e a AIDS, o projeto DST/HIV/Aids, Direitos Reprodutivos, Conhecimento e Prevenção.

Nossa iniciativa foi direcionada para o enfrentamento direto do problema, nas comunidades periféricas, onde se concentra a maioria da população negra. Fizemos durante a travessia do projeto, rodas de diálogos com os órgãos da saúde e sociedade civil, sobre a questão. A avaliação dessa capacitação foi bastante satisfatória porque, segundo depoimentos dos participantes, contribuiu para a reflexão dos profissionais sobre a necessidade de se diminuir as iniqüidades raciais em saúde.

Nas capacitações, foram discutidos temas como sexualidade e direitos humanos, conhecimento do corpo, cidadania, sexo seguro, negociação do preservativo, uso correto dos preservativos, Dst/Hiv/Aids – sintomas e tratamentos, ARVS (Anti Retrovirais), controle social, racismo institucional e machismo. Foram quatro módulos, com duração de três meses cada um, além de atividades culturais, como enquetes de teatro sobre o tema, rodas de diálogo, distribuição de material educativo. Supervisionávamos o entendimento das informações adquiridas através de avaliações e percorríamos os bairros atendidos pelo projeto para verificar o índice de aceitação do mesmo.

A maioria das mulheres atendidas pelo projeto, em seu inicio, tinham certo receio em fazer o teste Hiv, após as aulas, onde foram esclarecidas as dúvidas, 72% fizeram o teste. Houve adesão sobre o fato que consultas ginecológicas são vitais para a saúde sexual. As mulheres atendidas pelo projeto, 98%,se conscientizaram da importância do preservativo em todas as relações sexuais. Esclareceram-se os meios de transmissão da Aids, pois muitas, 65%, achavam que a transmissão era apenas por via sexual, havendo falta de informação e conhecimento sobre transmissão por transfusão de sangue, uso de drogas injetáveis e amamentação (no caso da mãe ser soropositiva). Aumentou-se o conhecimento sobre anticoncepção, pois muitas, 88%, não sabiam que o Diu e Diafragma são também métodos contraceptivos, distribuídos pelo SUS.

O projeto mostra que ações conjuntas e concretas, direcionada a população, respeitando seus limites, sua linguagem, ouvindo suas experiências, seu grau de entendimento das informações, podem acarretar mudanças benéficas, melhorando a qualidade de vida de toda uma comunidade. Especificamente as mulheres negras, a garantia do direito á saúde, a contracepção, atendimento digno, combate e enfrentamento ao racismo institucional, são fundamentais para a melhoria da expectativa de vida desse grupo.

IMPLANTAÇÃO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO: IMPORTÂNCIA DA CONSTRUÇÃO CONJUNTA DOS PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO ENTRE AS UNIDADES DE SAÚDE E A SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

Autor principal: Silvana Márcia Pinheiro Santos Coelho
Outros autores: Eliana Machado Araújo Cardoso e Marta Rejane Montenegro Batista
Instituição: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
Município: Salvador
Estado: Bahia

INTRODUÇÃO

Em 1988 a criação do Sistema Único de Saúde- SUS, descrito nos artigos nº 196 e 198 da Constituição Federal,com o desafio de garantir a saúde como direito de todos, de forma integral, equânime e universal, tornou iminente a necessidade de elaboração de leis para regulamentar e normas para orientar a sua ação.

A NOAS 01/2002 apresentou a Regulação não apenas como atributo administrativo de conhecer e quantificar a demanda, mas indicou a Regulação de acesso como mecanismo capaz de otimizar o atendimento ao usuário e gerar informações de demanda, atendimentos e custos assistenciais, buscando qualificar o processo de gestão do SUS. Esta norma introduz o conceito dos protocolos institucionais e técnico-operacionais, consensuados e normatizados, que definem os passos e bases para a decisão dos profissionais que atuam nos complexos reguladores. Neste mesmo ano, a portaria nº 423/SAS apresenta protocolos clínicos e operacionais, como instrumentos de controle, regulação e avaliação e a 2048/GM apresenta protocolos de urgência e emergência.

A realidade assistencial da Bahia, que se traduz por uma concentração de oferta de serviços especializados na capital e por uma demanda superior à oferta assistencial existente, impulsionou a implantação de ações que propiciassem o acesso dos usuários aos serviços de saúde, mediante prioridade de necessidade .Assim, o gestor da Secretaria de Saúde do Estado(SESAB), decidiu iniciar a operação do Plano de Regulação, Controle e Avaliação do Estado da Bahia, através do Plano Piloto das Urgências, com a implantação da Central Estadual de Regulação-CER/Ba, em 2003. As orientações normativas, e a experiência dos profissionais que iniciaram este processo apontaram para a necessidade de construção pactuada e consensuada de protocolos e fluxos entre as unidades de saúde envolvidas no processo, e a SESAB.

OBJETIVO/JUSTIFICATIVA

Para que um protocolo seja eficaz, deve registrar uma conduta viável e fiel a prática operacional, e ser de fácil entendimento pelos envolvidos na execução da atividade que está sendo ordenada.

A experiência da Bahia demonstrou que a construção conjunta de protocolos de regulação para a CER/Ba, que envolveu o componente técnico-administrativo (que transforma as decisões políticas em planos, programas, projetos e normas) e o componente técnico-operacional (que realiza as ações) foi efetiva em difundir a política de saúde adotada pela SESAB, entre aqueles que realizam o atendimento em saúde em nosso Estado, possibilitando paralelamente, ao corpo técnico-administrativo a aproximação com a realidade assistencial.

METODOLOGIA/PRODUTOS

Uma vez definidos os serviços a serem regulados, Urgência e Emergência, decidiu-se as unidades de Saúde que inicialmente fariam parte do processo.

Foram realizados seminários de divulgação do conceito de Regulação e estratégias definidas pela SESAB para iniciar a implantação da Regulação da Assistência à Saúde no Estado.

Organizou-se oficinas, tendo como integrantes os envolvidos em Regulação nas unidades de Saúde, os coordenadores da Central de Regulação e os técnicos,coordenadores, diretores e superintendente de Regulação da SESAB, com o objetivo de apresentar os instrumentos de regulação e iniciar a construção dos fluxos ou protocolos de encaminhamento.

Os protocolos construídos foram unificados na SESAB por grupos de unidades com atividades semelhantes e padronizados. Então eram enviados às unidades para que estas sugerissem alterações ou validassem.

Após validados, os protocolos eram enviados a Central Estadual de Regulação para conhecimento e aplicação pelos reguladores.

As unidades de saúde envolvidas se responsabilizaram por divulgar e implementar os protocolos no seu âmbito, sob supervisão da CER/Ba.

APRENDIZADO

· A partir do processo de construção dos protocolos de encaminhamento ficou nítida a distância entre a área técnico-administrativa e a técnica operacional.

· Nas reuniões para construção dos protocolos evidenciou-se que a rede de saúde não se conhecia. Os fluxos existentes não eram regulamentados e se baseavam na amizade pessoal entre diretores de unidades e não em critérios técnicos que promovem a equidade e universalidade, preconizados pelo SUS. As referidas reuniões se delinearam como uma oportunidade de conhecimento do perfil das unidades de saúde, pelo corpo técnico-administrativo, assim como de realidades assistenciais que precisavam ser consideradas na construção de protocolos viáveis e fiéis à prática operacional.

· A construção conjunta entre corpo técnico administrativo e diretores das unidades de saúde não garantiu a divulgação da regulação e seus instrumentos, pelos diretores das unidades para o seu corpo técnico-operacional, sendo necessárias exaustivas visitas de técnicos, diretores, coordenadores e superintendente de Regulação da SESAB às unidades de saúde, para garantir esta divulgação e a real implantação dos fluxos e protocolos.

· A mudança de práticas não é um processo fácil, entretanto o respeito às práticas pré-existentes e o envolvimento do corpo técnico-operacional no processo de construção, facilitam a colaboração e garantem a efetivação das mudanças.

· Em algumas unidades foi necessária uma personalização dos fluxos, para seu real entendimento e cumprimento.

A EFICÁCIA DA AÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS NO CONTROLE DE ÓBITOS E SEPULTAMENTOS: FOZ DO IGUAÇÚ/PR - PERÍODO DE 1996 A 2002

Autor principal: Silvio Carlos Cury
Instituição: 9ª Regional de Saúde
Município: Foz do Iguaçu
Estado: Paraná

No ano de 1996, como parte do trabalho de busca ativa de óbitos de mulheres em idade fértil do Comitê Regional de Prevenção de Mortalidade Materna da 9ª Regional de Saúde – Foz do Iguaçu-PR, detectamos incongruência entre os dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)-MS, daqueles registrados em outras fontes de registros dos agentes envolvidos no processo óbito-sepultamento. Iniciou-se, com auxílio do Setor de Epidemiologia da 9ª R.S., a elaboração de estratégias para verificar as circunstâncias dos trâmites na execução dos procedimentos relacionados ao processo óbito-sepultamento, conhecer as atitudes das pessoas e instituições envolvidas, denominadas de intervenientes, estudar as leis vigentes, dimensionar os sub-registros e subnotificações, analisar o fluxo das três vias da DO e o preenchimento dos seus campos.

Foram objetos de estudos os seguintes intervenientes: empregados da rede hospitalar, encarregados de preencherem e ordenarem o fluxo das três vias da DO e instruir os responsáveis dos trâmites necessários para procederem ao enterro; os funcionários do cartório de registros públicos; os médicos, responsáveis por atestar os óbitos e determinarem as suas causas; os funcionários públicos municipais, responsáveis pela emissão da DO quando o evento ocorresse nos domicílios; os empregados da empresa administradora dos cemitérios, encarregados da inumação; os funcionários do IML, servidores, cuja função era de averiguar a causa da morte quando suspeita ou causada por fatores externos.

Após a estruturação problemas, elaboramos as seguintes estratégias :

1.Informar ao Ministério Público Estadual (MPE) sobre as irregularidades constatadas: ausência de documentação exigida por lei no ato da inumação do cadáver; recusa dos cartórios em assentar o registro de óbitos fora do horário de expediente, finais de semana e feriados; aceitação, por parte da empresa encarregada de administrar os cemitérios, a inumação de pessoas sem a apresentação da certidão de óbito; preenchimento inadequado das DO e recusa em assiná-las por funcionários administrativos e médicos, respectivamente; ausência de médico, como servidor público, disponibilizado pela SMS, para atestar os óbitos ocorridos fora do ambiente hospitalar; e procedimentos do IML não previstos na lei, como ordenar o sepultamento através de ofício. Como resultado dessa provocação, foi instaurado o procedimento administrativo nº 41/99.

2. Solicitar ao Legislativo Municipal para aprovar uma nova redação ao código de postura municipal para se adequar à lei dos registros públicos, que permitia, até então, o sepultamento sem a apresentação da certidão de óbito,.

3. Promover reuniões de trabalho, sempre com a presença do representante do MPE, foi fundamental como estratégia para alcançar os resultados desejados, muitas delas sendo concluídas com a assinatura de termo de compromisso de ajustamento de conduta, conforme discutido e acordado entre os presentes.

4. Capacitar e sensibilizar os intervenientes da importância do cumprimento das disposições legais e que se preocupassem com as questões psico-sociais que envolvem o processo da morte.

5. Treinar os agentes de saúde no preenchimento correto das DO, incluindo o uso do Código Internacional de Doenças, CID-10.

6. Solicitar à SMS para que designasse médicos, enquanto servidores públicos, de atestar os óbitos de pessoas falecidas fora dos estabelecimentos de saúde, excetuando-se os casos de mortes suspeitas ou violentas.

7. Centralizar a distribuição das DO em branco e pré-numeradas, tendo o cuidado de recolher aquelas que estavam em poder do cartório de registro de pessoas naturais, unidades básicas de saúde e empresas funerárias.

Como resultado desse trabalho obtivemos os seguintes avanços:

1. Mudanças nos indicadores epidemiológicos, como por exemplo:

· Aumento do Coeficiente Geral de Mortalidade de 3,85 em 1996 para 4,79 no ano de 2002; alteração dos índices de mortalidade proporcional, mudando o perfil das principais causas de mortalidade do município; diminuição da distribuição

percentual das subnotificações de 10,68 em 1998, para 0,07 no ano de 2002;

· Diminuição dos sub-registros:

i. de 30,34% em 1998 para 1,66% em 2002, do total dos óbitos ocorridos;

ii. dos óbitos infantis de 51,28% em 1998 para 1,04% no ano de 2002, com repercussão sobre o coeficiente de mortalidade infantil de 7,19 em 1996 e 24,33 no ano de 1998;

iii. dos óbitos fetais que eram de 90,59% em 1998, para 3,61% em 2002;

iv. das DO emitidas pelo IML de 12,92% em 1999, no ano de 2002 não constatamos nenhum caso de sub-registro;

· Declínio do índice de mortalidade proporcional (IMP) por óbitos "sem assistência médica", no período analisado, de 43,62% para 28,44%;

· Quando analisamos os óbitos cuja causa básica não ficou definida, nos deparamos com IMP de 22,78% em 1996, e 1,92% em 2002.

2. A mudança de atitude dos intervenientes tornou o processo de atestar o óbito e orientar os responsáveis para o sepultamento mais humanizado, inclusive suprimindo práticas inadequadas, quer por parte das empresas funerárias, quanto dos médicos e funcionários do cartório de registro de pessoas naturais.

3.Criação do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO), o terceiro do Estado do Paraná.

O trabalho conjunto dos serviços públicos no diagnóstico dos problemas e nas ações para corrigi-los, embora complexo, é possível, resultando em informes epidemiológicos confiáveis, propiciando aos gestores da saúde pública ações mais efetivas na implantação de políticas de saúde, respeitando as particularidades de cada comunidade.

REDE DE BIBLIOTECAS E UNIDADES DE INFORMAÇÃO COOPERANTES DA SAÚDE - BRASIL - REDE BIBLIOSUS

Autor principal: Sindkrei Paixão de Oliveira
Outros autores: Márcia Helena Gonçalves Rollemberg; Eliane Pereira dos Santos; Rejane Vieira
Instituição: Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde - BVS MS
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

O Brasil é um país com 185 milhões de habitantes num território de 8. 547.403 Km^2 divididos em 5.563 municípios. Tendo em vista a existência das diversidades culturais e sociais no país, grande parte da população não possui acesso à internet, estima-se que apenas 8% está conectada e 12% possui computador em suas residências. Dessa forma, o acesso virtual às fontes de informações, ainda estão muito aquém do esperado. A Rede de Bibliotecas e Unidades de Informação Cooperantes da Saúde Brasil – Rede BiblioSUS preocupada com essa realidade e baseada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS (universalidade, integralidade, eqüidade, descentralização, regionalização e participação social), busca democratizar o acesso às fontes informações impressas e on-line em saúde pública, integrando instituições federais, estaduais e municipais. Dessa forma, a Rede busca potencializar o eixo temático "Comunicação e Informação em Saúde", pautada na 12.ª Conferência Nacional de Saúde, que sinaliza a necessidade de desenvolver políticas e processos de capacitação para o uso da informação, de organização e de qualificação dos serviços prestados pelas instituições e pela melhoria da difusão e da acessibilidade à documentação gerada. O objetivo é atuar de forma expressiva na concepção de produtos e serviços informacionais destinados ao processo de tomada de decisão, estimulando o uso da informação gerada nas próprias instituições e no setor acadêmico para a formulação qualitativa de políticas públicas e para a condução das unidades técnicas do SUS. Essa atuação é pautada em três dimensões: Aperfeiçoamento da gestão da informação institucional; Difusão do conhecimento em saúde; e Integração de projetos de documentação e informação desenvolvidos pelo Governo do Brasil. No que concerne ao aperfeiçoamento da Gestão da Informação Institucional, a Rede BiblioSUS atua na interação de bibliotecas federais, estaduais e municipais com o propósito de estabelecer metodologias e tecnologias comuns de controle bibliográfico visando à conformação da memória técnica do SUS e à democratização do acesso desse conhecimento ao público. No que tange à segunda dimensão a estratégia é cadastrar bibliotecas públicas ou privadas, instituições de ensino e pesquisa, dentre outras. A expectativa é ampliar a circulação de produtos informacionais do SUS criando pólos de referência em todo o Brasil para o acesso à literatura em saúde. A terceira dimensão busca a integração com projetos do governo do Brasil relacionados às áreas de informação e documentação. A Rede desenvolve mecanismos operacionais para sua consolidação e expansão, por meio da criação de seu Portal (www.saude.gov.br/bibliosus), da disponibilização via internet da base de dados Coleção Nacional das Fontes de Informação em Saúde – ColecionaSUS – , da criação da Comunidade Virtual, projetada em parceria com a Bireme/Opas e da inserção das 13 secretarias estaduais contempladas com o Projeto Estação Biblioteca Virtual em Saúde – Estação BVS. Já implantada em 13 estados: Acre, Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Piauí, Santa Catarina e Sergipe, a Estação BVS deve ser entendida como movimento simbólico de pactuação pelo resgate da informação institucional no nível estadual do SUS. Trata-se de um local com computadores, impressoras e móveis que permite aos usuários, acesso livre e gratuito às informações técnico-científicas de Saúde e acadêmicas disponibilizadas na Biblioteca Virtual em Saúde Pública – BVS SP. A expectativa é finalizar, em 2006, a instalação das Estações BVS nas demais Secretarias Estaduais de Saúde. A base de dados ColecionaSUS, objetiva centralizar os registros bibliográficos da produção institucional do SUS, sendo no primeiro momento, articulada no nível federal. A Rede conta hoje com mais de 275 unidades de informação cadastradas para o recebimento periódico da produção editorial do Ministério da Saúde, em 2004 e 2005 a Rede BiblioSUS distribuiu cerca de 27.000 e 37.000 títulos respectivamente. Atualmente é disponível gratuitamente às bibliotecas integrantes os seguintes produtos e serviços: acesso às informações institucionais em saúde pública; disponibilidade de publicações (livros e periódicos) em texto integral para consulta e download na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde – BVS MS e na Biblioteca Virtual em Saúde Pública – BVS SP; distribuição periódica aos estados e municípios de publicações impressas (livros, informativos, fôlderes, cartazes e folhetos) editadas pelo Ministério da Saúde; Comunidade Virtual; acesso à base de dados ColecionaSUS; Estação Biblioteca Virtual em Saúde;

e Salas de Informação nos Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde. O acesso público e democrático às informações em saúde é um direito do cidadão e a pactuação da Rede BiblioSUS nas três esferas de governo representará o aperfeiçoamento da distribuição de publicações institucionais às bibliotecas participantes, simbolizando o compromisso pela democratização, universalização e eqüidade ao acesso à informação e ao conhecimento em saúde. O trabalho integrado certamente possibilitará resultados significativos, tais como maior qualificação da produção editorial do MS, agilidade no atendimento ao usuário e adoção de metodologias e tecnologias integradas para a gestão da informação em saúde.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatoria do II Encontro da Rede de Bibliotecas e Unidades de Informação Cooperantes da Saúde – Brasil – Rede BiblioSUS. Brasília: CGDI, 2005. 12 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: CONFERÊNCIA SÉRGIO AROUCA, 12., 2003, Brasília. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde, 2003. 228 p.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Área territorial oficial. Disponível em:

< http://www.ibge.gov.br/>

DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS HOSPITAIS DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - FASE II: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DAS INFORMAÇÕES

Autor principal: Sonia Aparecida Alves Sbarra
Outros autores: João Paulo Baptista Campi; Eliana de Sousa Ribeiro; Rodrigo Gouveia Ferrão; Jair Francisco Pó e Caterina Nicolas Koutras
Instituição: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Município: São Paulo
Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

Segundo Holland a avaliação dos cuidados de saúde é definida como a determinação formal da efetividade, da eficiência e da aceitabilidade de uma intervenção planejada em alcançar objetivos firmados, e que apesar de considerada por muitos como uma atividade puramente de pesquisa, a avaliação deve ser vista como parte integral de uma ação, com papel funcional no mecanismo de retro alimentação, o qual é importante para o planejamento, desenvolvimento e acompanhamento de uma atividade. Visando possibilitar a avaliação e acompanhamento das atividades dos quarenta e um hospitais, da administração direta, vinculados à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), por iniciativa da Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS) desta Secretaria, foi constituído um Núcleo de Informação Hospitalar (NIH) e desenvolvido instrumento plataforma Web que possibilitou a coleta dos dados hospitalares por meio de acesso através de site da Internet.

OBJETIVO

Avaliação e acompanhamento da qualidade e consistência das informações hospitalares prestadas, por meio eletrônico, pelos quarenta e um hospitais da administração direta da SES-SP, de novembro de 2005 a março de 2006.

METODOLOGIA

Foi desenvolvido, pela equipe do NIH, instrumento auxiliar em planilha eletrônica – Excel –, com identificação de todos os quesitos existentes no cadastro e relatório hospitalar preenchidos mensalmente pelas unidades hospitalares da SES-SP. Cada quesito foi primeiro avaliado e pontuado quanto ao preenchimento, se "total", "parcial" ou "não preenchido". Em seguida os mesmos quesitos foram avaliados e pontuados quanto à qualidade deste preenchimento em "ótimo", "bom/regular" ou "ruim". Importante salientar que nos quesitos de "Leitos de Internação" e "Gestão de Pessoal", antes de se pontuar a qualidade do preenchimento dos mesmos, foi avaliado a consistência entre a informação prestada no cadastro e a prestada no relatório de atividades do mês – por meio da utilização do instrumento supra citado – e mediante esta consistência foi pontuada a qualidade da informação referente destes tópicos. Cada quesito recebeu, ainda, um peso de acordo com a importância do dado informado para a avaliação das atividades hospitalares desenvolvidas. Nesse sentido, os quesitos que receberam o maior peso no cadastro foram "leitos" e "funcionários em exercícios" e no relatório mensal os quesitos foram "atividades de internação" e "gestão de pessoal". Após preenchimento mensal desta planilha de avaliação e obtenção da pontuação de cada hospital, os técnicos do NIH, elaboram um relatório, individualizado por hospital, relatando a porcentagem de adequação do mesmo em relação à pontuação máxima esperada e detalhando as inconsistências encontradas, para que sejam sanadas no preenchimento do relatório do mês subseqüente. O referido relatório é então enviado ao Coordenador da CSS desta SES-SP e aos Diretores Técnicos e respectivas equipes responsáveis pela coleta e tratamento das informações de cada unidade hospitalar, num mecanismo de retro alimentação do sistema de informação. Nos casos em que houve grande dificuldade de assimilação das inconsistências apontadas no relatório pela equipe de determinado hospital, foi realizado novo treinamento presencial para aquela equipe pelos técnicos do NIH.

RESULTADOS

No primeiro mês de avaliação da qualidade da informação, referente a novembro de 2005, obtivemos uma média de

adequação dos vinte e seis hospitais gerais avaliados de 89,9%, tendo a mesma evoluído para 89,9% em dezembro, 92,8% em janeiro, 95,1% em fevereiro e 96,6% em março de 2006.

CONCLUSÃO

A iniciativa de avaliar a qualidade da informação prestada se mostrou correta e acima de tudo o retorno desta avaliação para as unidades produtoras da informação, qual seja os próprios hospitais, se mostrou um instrumento eficiente na melhora da qualidade do dado informado, como demonstra a evolução dos percentuais de adequação descritos acima, possibilitando uma avaliação e acompanhamento mais fiel destas unidades hospitalares, sob administração direta da SES-SP, e qualificando este Sistema de Informação Hospitalar como instrumento avaliativo da qualidade da assistência hospitalar prestada por estas unidades.

SISTEMA DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Autor principal: Sônia Maria Machado de Souza
Outros autores: Flávio Magajewski; Fábio Celso de Mattos; Alexandre Mattje; José Miguel do Nascimento Júnior e Karin de Brida
Instituição: Secretria de Estado da Saúde
Município: Florianópolis
Estado: Santa Catarina

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Até 2003, a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina – SES/SC gerenciava precariamente seu sistema de assistência farmacêutica, no qual estava incluído o fornecimento de medicamentos de prescrição em caráter excepcional. Como conseqüência, esse processo gerava desigualdade na atenção aos pacientes em tratamento, com baixo controle sobre as prioridades de atendimento e não era possível associar a operação do sistema à realidade epidemiológica e tampouco à avaliação dos resultados da política de assistência farmacêutica, pela falta de bases de dados consistentes. Tendo em vista o financiamento bipartite (União e Estados) dessa política, Santa Catarina tinha perdas significativas dos gastos realizados no ressarcimento pelo Ministério da Saúde - MS.

A necessidade de superar os problemas já listados indicou como solução a transformação do processo de controle manual e ineficaz de gestão dos medicamentos excepcionais em um processo informatizado e reorientado desde a sua concepção, e que incluísse a produção de relatórios sistemáticos de gestão e monitoramento da assistência, a descentralização da análise dos processos por centros de custos regionalizados, a redução das perdas no ressarcimento realizado por parte do MS, associado à implementação de atendimento mais ágil e qualificado aos pacientes demandantes de medicamentos.

OBJETIVOS, PROPÓSITOS

O Sistema de Medicamentos Excepcionais - MEDEXP foi concebido e desenvolvido pela SES/SC objetivando a descentralização do acesso dos pacientes aos medicamentos excepcionais com o cadastramento regionalizado dos processos, a inclusão e discriminação mais adequada da natureza dos novos processos de solicitação de medicamentos, a geração de APACS magnéticas e o suporte à distribuição de medicamentos de forma mais segura e ágil.

METODOLOGIA

Inicialmente, baseados em metodologia participativa, os setores técnicos da Diretoria de Assistência Farmacêutica – DIAF e o de desenvolvimento de projetos de informação e informática estabeleceram as diretrizes e componentes para a formulação do sistema.

Num segundo momento , a concepção básica do Sistema foi avaliada e discutida na Conferência Estadual de Assistência Farmacêutica, se incorporado ao projeto novas proposições ali indicadas.

A estrutura de conteúdos do programa foi alimentada pela DIAF, sendo a análise da qualidade das informações geradas executada de forma descentralizada, através de centros de custos regionais e municipais criados para facilitar o acesso das demandas por medicamentos.

PRODUTOS, O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

Os produtos foram a incorporação à gestão da política de assistência farmacêutica do SUS em Santa Catarina dos sistemas MEDEXP e MEDEXP-NET, cujo acesso se dá através de servidor de rede da SES/DIAF para o módulo Cliente/Servidor e através do endereço http://200.19.222.8:8080/medexp/login.jsp para o acesso WEB. Em Santa Catarina, mais de noventa e cinco pontos de acesso estão implantados e em uso nas trinta regionais de saúde e municípios de médio e grande porte do Estado.

Os principais resultados alcançados foram:

1) Agilidade na inclusão de pacientes e redução do tempo de espera para o atendimento;

2) Descentralização dos processos, permitindo a qualificação das bases de dados;

3) Transparência e gestão democrática da fila de espera;

4) Agilidade na emissão e diminuição dos erros das APACS, permitindo ampliação de recursos para investimento na própria expansão da cobertura da política de assistência farmacêutica. Os recursos da SES e do Ministério da Saúde mais

do que triplicaram no período, com ressarcimento de quase 95% das APACS geradas pelo sistema. O número de pacientes atendidos quase decuplicou desde o início da implantação do programa;

5) Gestão mais qualificada da distribuição de medicamentos;

6) Melhor controle do estoque de medicamentos;

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

A construção e efetivação de sistemas de Informação e Informática para o SUS, tais como o MEDEXP, têm qualificado a atenção aos usuários do SUS, pois democratizam o acesso aos serviços oferecidos, efetivando concretamente os princípios do SUS e fortalecendo a sua função de política social inclusiva e cidadã.

As dificuldades podem ser resumidas na precariedade tecnológica de alguns centros de custos e na manutenção da cultura institucional centralizadora dos processos de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a iniciativa de modernização da gestão da política de assistência farmacêutica do SUS, a SES/SC contribuiu para a universalização do acesso aos medicamentos de prescrição em caráter excepcional no Estado, promovendo a qualificação e a democratização da atenção à saúde dos pacientes com demandas para medicamentos de alto custo. A qualificação dos instrumentos de gestão da política de assistência farmacêutica, por seu lado, fortaleceu o uso estratégico das informações geradas pelo sistema no planejamento de programas e ações de saúde e na efetivação do controle social sobre as políticas de saúde desenvolvidas em Santa Catarina.

SISTEMA DE MONITORAMENTO DAS AÇÕES GOVERNAMENTAIS EM SAÚDE: MECANISMO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS PROGRAMAS DO PPA (PLANO PLURIANUAL) DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO TOCANTINS

Autor principal: Soraia Rojes Jordy Sant Ana
Outros autores: Luiza Regina Dias Noleto
Instituição: Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins
Município: Palmas
Estado: Tocantins

INTRODUÇÃO

Em 2004, foi criado na Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins um sistema disponibilizado na intranet para monitoramento do Plano Plurianual – PPA, que vem sendo utilizado pelas áreas técnicas responsáveis pela execução dos programas de saúde e pela Assessoria Geral de Planejamento, que coordena o monitoramento.

Tal instrumento nasceu da necessidade de se facilitar o monitoramento, controle e avaliação da execução dos programas e ações, tanto pela importância para a condução da gestão – ferramenta de tomada de decisão, quanto para se obter relatórios gerenciais de resultados de maior abrangência nas categorias de avaliação: metas orçamentárias, metas físicas e indicadores, por exemplo.

O monitoramento das metas estabelecidas para as ações do PPA é realizado trimestralmente, utilizando-se os dados do sistema de informação em saúde já implantados no estado e dados específicos de cada Gerência Técnica da Secretaria. A avaliação é conduzida pelo planejamento com todos os setores da SES – TO e os resultados são apresentados na Comissão Intergestora Bipartite – CIB e Conselho Estadual de Saúde – CES, e em outras instâncias do controle social, e também ao controle externo da administração pública. O resultado das avaliações a partir de dados e indicadores apontam o redimensionamento necessário das ações desenvolvidas.

OBJETIVOS

- Criar mecanismos de avaliação e acompanhamento dos programas e ações, com o objetivo de aferir os resultados subsidiando um futuro planejamento.

- Produzir relatórios gerenciais (trimestral e anual) que permitam avaliar o desempenho do programa ou ação quanto aos princípios gerenciais da economicidade, eficácia, eficiência e efetividade, de maneira participativa por cada gerente de programa ou de área técnica que acessa o sistema para alimentação dos dados e informação sobre a condução e medidas do desempenho do programa sob sua responsabilidade.

METODOLOGIA

O sistema foi criado para o ambiente Windows, utilizando-se de banco de dados SQL SERVER, na metodologia de visão gerencial do PPA, distribuído em 07 quadros que permitem o monitoramento de cada Programa e de cada ação a ele inerente (os dois primeiros quadros permitem a análise do Programa; e os demais a análise de cada Ação).

A página inicial dá ao usuário a opção do programa a ser acessado. Para a alimentação há definição de perfil de acesso.

Os Quadros tem os seguintes métodos de análises: Quadro 1 - das metas orçamentárias e financeiras totais de cada ação executada por programa; o Quadro 2 - das disfunções do Programa e as estratégias adotadas para

correção; o Quadro 3 – das metas orçamentárias e financeiras por gurpo de despesa e fonte de financiamento; o Quadro 4 e 5 – o gerenciamento sob os aspectos dos princípios da administração pública; o Quadro 6 – as dificuldades deparadas na execução da ação; e o Quadro 7 – tem a metodologia de mostrar o elenco de atividades desenvolvidas na ação proposta e quais seus impactos e resultados junto à população.

PRODUTOS FACILIDADES E DIFICULDADES

O monitoramento e avaliação dos programas do PPA, permitindo à gestão visualizar de que maneira está sendo conduzida a política de saúde e os benefícios levados à população perante os gastos dos recursos alocados na Saúde, possibilitado a adoção de medidas corretivas ou ajustes para cada caso, e ainda a emissão de relatórios trimestrais ou anuais de cada programa governamental, com base no desempenho gerencial da unidade responsável por cada programa/ação, tendo-se ao final o Relatório de Gestão da Saúde.

Para um bom resultado desta ferramenta, todos os Gerentes Técnicos devem ter um conhecimento mínimo de orçamento público, o que requer constante orientação para preenchimento desta lacuna.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta ferramenta tem proporcionado uma correlação do PPA ao Plano Estadual de Saúde, além de estar proporcionando o entendimento e apropriação do orçamento integrado ao planejamento.

Estamos aprimorando a ferramenta com a inclusão do Quadro de Metas do Plano Estadual de Saúde a cada ação de PPA correspondente.

A Controladoria Geral do Estado do Tocantins interessou-se pela ferramenta aqui apresentada, demonstrando interesse em expandi-lo aos outros órgãos da administração pública estadual.

Ao final de 2005 também apresentamos esta ferramenta na Oficina Macrorregional Norte e Centro-Oeste do PlanejaSUS, em Brasília, tendo sido o único Estado a apresentar um sistema que facilita o monitoramento das ações planejadas.

A EXPERIÊNCIA DO PLANO DE INVESTIMENTOS (PI) DO GHC: UMA ESTRATÉGIA DE DEMOCRATIZAÇÃO DA GESTÃO NO SUS

Autor principal: Stênio Dias Pinto Rodrigues
Outros autores: Clori Araújo Pinheiro; Luis Ribeiro; Marta Helena Fert; Sandro Santander; June Maria Pohlmann; Suzana Nussemeyer da Rosa; Pedro da Luz; Elton Mello; Jacira Silva da Rosa Rodrigues; Mayara Bittencourt; Débora Rocha; Dilanir Machado de Machado;
Instituição: Grupo Hospitalar Conceição (GHC)
Município: Porto Alegre
Estado: Rio Grande do Sul

O processo de construção do Plano de Investimento (PI) no Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, foi uma estratégia definida pela atual Gestão (2003-2006) para fortalecer a participação ativa dos trabalhadores e da sociedade nas decisões relacionadas aos investimentos futuros nos serviços de saúde que compõem o Grupo, através da efetivação dos seguintes princípios: educação permanente, integralidade da atenção e da gestão, equidade, planejamento em saúde e participação social.

O PI, instituído em 2003, através da Comissão Democrática e Participativa por Local de Trabalho, foi a primeira experiência do tipo em uma instituição hospitalar no Brasil e revelou uma extraordinária capacidade de organização, de compreensão dos limites, cumplicidade e solidariedade.

Participaram desta Comissão 411 representantes eleitos (46,2% com escolaridade em nível fundamental, 32,4% com nível superior e 19% com nível médio). As prioridades levadas pelos representantes dos trabalhadores foram estabelecidas a partir de critérios que levaram em consideração as reais necessidades de cada setor, a ampliação da capacidade instalada, garantia da qualidade do atendimento, resolução ou eliminação de riscos, redução de custos, atendimento às demandas judiciais, com a finalidade de melhoria da qualidade assistencial do SUS e a melhoria das condições de trabalho. Que refletem conhecimento dos trabalhadores com a estruturas e as necessidade do seu ambiente de trabalho, conjuntamente com a responsabilidade e compromisso com aplicação dos recursos públicos.

Lidar com saúde é sempre lidar com a difícil compatibilização entre o direito, a necessidade, a escassez e a escolha. Governar, ser gestor, gerenciar é um desafio e uma arte de trabalhar a melhor escolha. A necessidade de escolher revela que não temos as condições de atender a todos em todas as suas necessidades, em qualquer momento e em qualquer lugar. A escolha, portanto, não pode ser de responsabilidade exclusiva de uma diretoria ou de um colegiado de gestão, mas sim de todos os envolvidos no processo de atenção à saúde, seja usuário, trabalhador ou diretor.

A experiência do PI mostrou o resgate do valor da coletividade, da auto-estima, possibilitou o surgimento de novos atores e lideranças no GHC, possibilitou o "olhar além" do espaço de trabalho, incluindo a ação solidária e a cumplicidade entre os trabalhadores. Além disto, foram inúmeros os investimentos realizados em cada uma das unidades hospitalares do Grupo, tais como: aquisição de equipamentos, ampliação/manutenção da capacidade de atendimento, redução/eliminação de riscos, qualificação do atendimento, redução de custos, melhoria das condições de trabalho, atendimento a demandas judiciais/legais.

O resultado, ao final do processo, em 2003, foi altamente satisfatório: 81,2% dos mais de mil itens priorizados pelos representantes dos trabalhadores foram adquiridos, conforme o Gráfico e a Tabela a seguir:

Gráfico 1: Plano de Investimentos 2003

Fonte: GEMP/GHC, 2003

Tabela 1: Quantitativos dos itens do PI 2003

STATUS	HNSC	HCC	HCR	HFE	GHC	
Cancelado	12	33	13	16	75	6,1%
Parecer Desfavorável	2	3	3	2	10	0,8%
Preço Excessivo			2	1	3	0,2%
Sem Documentação	1				1	0,1%
Sem Parecer	1	4	10	2	17	1,4%
Sem Proposta	5	25	49	38	117	9,5%
Suspenso	2	1			3	0,2%
Adquirido	32	1	67	16	116	
Entregue	128	131	400	228	887	81,9%
Total Final	183	198	544	303	1.229	
Total Inicial	141	138	513	298	1.091	

Fonte: GEMP/GHC, 2003

A intenção aqui é mostrar a experiência de construção do PI no GHC, a metodologia de participação adotada para a inclusão do maior número de trabalhadores e usuários no processo, os principais resultados alcançados até o momento, os desafios a serem superados e a importância da continuidade deste projeto/processo que revitaliza a democratização da gestão, conforme o relato dos próprios participantes. Afinal, a democracia direta exige uma capacidade dinâmica do fazer a partir do acúmulo histórico do movimento de trabalhadores, da experiência da administração popular da cidade de Porto Alegre, da política de saúde pública no Brasil, criando adequações e transformações que permitam a expressão cada vez maior da participação dos trabalhadores em saúde. Esta não é uma proposta acabada ou com soluções pré-concebidas, mas acima de tudo uma estratégia que está permitindo a democratização da gestão no GHC.

PERFIL DA DEMANDA ESPONTÂNEA DE USUÁRIOS DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALFENAS-MG

Autor principal: Sueli Leiko Takamatsu Goyatá
Outros autores: Sueli de Carvalho Vilela; Luiz Albero Beijo; Ludmila Barbosa Bandeira Rodrigues
Instituição: Universidade Federal de Alfenas - MG parceria Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas - MG
Município: Alfenas
Estado: Minas Gerais

A integração e o acesso da população aos serviços de saúde em graus de complexidade crescentes são princípios organizativos do Sistema Único de Saúde. Estes têm relação entre a demanda e a oferta. Estudos de demanda da clientela de serviços de saúde são importantes fontes de informação, principalmente em municípios não distritalizados, subsidiando ao Gestor, aos profissionais de saúde, ao Conselho Municipal de Saúde e aos usuários na tomada de decisão para a reorganização do sistema de saúde. Este estudo surgiu como proposta deliberada pela IV Conferência Municipal de Saúde de Alfenas realizada em agosto de 2005 e foi desenvolvido por meio de parceria interinstitucional, integrando o Setor de Planejamento e Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas, o Departamento de Enfermagem e o Departamento de Ciências Exatas da Universidade Federal de Alfenas-UNIFAL-MG. O foco de interesse neste estudo foi identificar o perfil da demanda espontânea de usuários dos serviços de saúde no município de Alfenas-MG como subsídio para a formulação de estratégias para o planejamento e a gestão do do SUS. Foi desenvolvido um estudo epidemiológico descritivo e exploratório, de delineamento transversal de usuários de 19 (dezenove) serviços de saúde da rede municipal (unidades básicas, saúde da família, ambulatórios de especialidades e de pronto socorro), que procuraram por atendimento nos respectivos serviços no momento da coleta. A coleta de dados foi realizada nos dias 26 a 30 de setembro e 03 a 07 de outubro de 2005 por meio de entrevista com a aplicação de um questionário semi-estruturado pelos graduandos e docentes do Curso de Enfermagem da UNIFAL-MG e funcionários da Secretaria Municipal de Saúde. Realizou-se um pré-teste por meio de entrevista e aplicação do questionário a 294 usuários em cinco serviços de saúde. Os critérios de inclusão dos usuários foram: ter idade igual ou superior a 18 anos; independente de sexo, condições cognitivas, mentais e psicológicas preservadas, aceitação em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Informado. Os usuários com idades inferiores a 18 anos, os responsáveis pelos usuários foram os respondentes. Foram desconsiderados os usuários com idades inferiores a 18 anos que não estavam acompanhados pelos responsáveis e o Centro de Atenção Psicossocial. Com base nos resultados da amostra piloto e estipulando um erro amostral de 2%, obteve-se o tamanho de amostra para cada estrato, totalizando assim 1349 usuários dos serviços de saúde. Houve autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas - MG e das Unidades Hospitalares para a realização da pesquisa, sendo o projeto submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG. Constatou-se que os usuários são em sua grande maioria constituídos por mulheres, adultas, que procuraram por atendimento com predominância no turno da tarde. Da totalidade dos usuários entrevistados, 75% eram residentes do município de Alfenas-MG. Nas unidades de pronto socorro conveniadas ao SUS, observou-se uma correlação significativa da procedência dos usuários das cidades vizinhas e as unidades procuradas para atendimento ($p<0,05$). 65% dos usuários foram à pé ou utilizaram os transportes coletivos para serem atendidos nos serviços de saúde. Observou-se uma correlação significativa entre o meio de transporte utilizado pelos usuários e a localização do serviço de saúde ($p<0,05$). Dos entrevistados, 53,5% foram encaminhados aos serviços de saúde. Entretanto, 44,6% relataram que procuram outro serviço de saúde pelo mesmo motivo, em sua maioria entre dois meses a 1 ano atrás (50,5%). Encontrou-se neste estudo que 85,1% dos usuários escolhem a unidade hospitalar como primeira opção no caso de "passarem mal" pela agilidade no atendimento e resolubilidade na prestação de serviços de saúde. Do total dos entrevistados, 83% responderam que procuram a medicação disponível pelo SUS. Entretanto, 29,3 % deles adquirem a medicação pelo SUS na categoria "sempre". 60,7% dos usuários relataram ter acesso à marcação de consultas de especialidades e agendamento de exames de apoio diagnóstico (80,7%). As queixas dos que não conseguem foram difícil acesso, demora e falta de vagas. Dor (maioria dos casos), problemas de saúde (mal estar, febre, tontura, vermes, nervosismo), consultas ou tratamento de afecções

respiratórias, cardíacas, gástricas, ginecológicas e ortopédicas foram os mais citados pelos usuários como motivos para o atendimento. Vale ressaltar, que os motivos "dor" e "queixas generalizadas" também predominaram nos relatos dos entrevistados das unidades de urgências. Foram identificadas as seguintes sugestões dos usuários para a melhoria da atenção à saúde, entre outras, acabar com a fila para marcação de consultas de especialidades, melhorar o atendimento prestado pelos profissionais (mais capacitado, educado, que atenda e oriente bem, melhor qualificado para atender o público), mais informação à população sobre os serviços de saúde, maior organização dos serviços (pontualidade, sistema de referência). Estratégias foram formuladas a partir do estudo realizado, algumas já foram implementadas e outras estão em fase de concretização. A marcação das especialidades médicas pela rede foi diluída pelos dias da semana de forma a acabar com as filas uma vez que a marcação era concentrada ao final de cada mês. Foram contratados profissionais farmacêuticos para dar suporte à rede de saúde em horário integral juntamente com a criação da farmácia popular para melhorar o acesso do usuário à medicação do SUS. Houve a implementação da educação continuada para as equipes de saúde, iniciando com o tema humanização e o acolhimento aos usuários. Está em fase final de elaboração um Guia de Saúde para a população alfenense com informações sobre os serviços prestados por nível de assistência e complexidade e o fluxograma de acesso aos serviços de saúde do SUS. Os usuários têm procurado diferentes serviços para a solução de seus problemas de saúde, indicando a necessidade de reorganização do sistema, bem como da melhoria da resolubilidade dos serviços em cada nível de assistência.

SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: O DESAFIO DE EFETIVAR A EQUIDADE NO SUS

Autor principal: Suely Andrade
Outros autores: Gilmara Lúcia dos Santos / Maria da Conceição Martins Bezerra
Instituição: Ministério da Saúde
Município: Brasília
Estado: Distrito Federal

O Governo Federal cria na atual gestão, a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SEPPIR com a qual o Ministério da Saúde, na implementação do SUS, estabelece um vínculo de grande proximidade por identificar como prioridade a eqüidade em saúde, que representa um dos princípios políticos-filosóficos do Sistema Único de Saúde – SUS. No que diz respeito às necessidades específicas da Saúde da População Negra, estudos demonstram que a dificuldade de acesso representa iniqüidades que têm implicações importantes para a qualidade de vida dessa população e ainda revelam que o tratamento recebido por negros e negras no SUS é desigual em relação a outros grupos. Apesar da percepção da discriminação ser mais nítida no mercado de trabalho e no ambiente escolar, ela também acontece nos serviços de saúde. Ao negar a existência de desigualdades e desvantagens ao longo da história é factível que se ocorra na expressão do racismo, ainda que de forma inconsciente. Ao assumir que o racismo é fator determinante das iniqüidades ainda existente no SUS, o Ministério da Saúde põe em práticas ações de combate do racismo, portanto de promoção da equidade. Efetivar a eqüidade em saúde da população negra é um desafio, superar tal desafio consiste em promover ações intra e interinstitucionais com a parceria da sociedade civil organizada e os movimentos sociais. Para tanto, utilizou-se como principal estratégia à criação do Comitê Técnico da Saúde da População Negra, formalizado pela portaria 1.678/GM de 16 de agosto de 2004 cujo propósito é o de apresentar subsídios técnicos e políticos no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde e elaborar propostas de intervenção e contribuir para a sua pactuação nas diversas instâncias e órgãos do Sistema Único de Saúde - SUS. O comitê é composto por membros de organizações da sociedade civil, do Movimento Negro, das instâncias de controle social do SUS, pesquisadores e estudiosos da área, gestores e técnicos do Ministério da Saúde e da SEPPIR. É papel da Secretaria de Gestão Participativa – SGP do Ministério da Saúde, dar organicidade ao comitê para que este possa implementar a transversalidade do recorte racial nas ações e serviços de saúde, nos campos da pesquisa, na educação permanente, na informação e comunicação, na atenção à saúde e na participação e controle social. Em todas as áreas definidas para a atuação do Comitê como prioritárias, foram elaborados produtos tais como: elaboração de material informativo sobre anemia falciforme, ampliação do financiamento para as Equipes de Saúde da Família que atendem comunidades quilombolas, inserção do quesito cor nos Sistemas de Informação da Secretaria de Vigilância em Saúde, implementação do Projeto Afroatitude – que versa sobre prevenção de DST/HIV/aids, junto à população adolescente negra; inclusão da temática Mulher Negra na Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher da Secretaria de Atenção à Saúde, entre outros. Destaca-se como principal resultado a confirmação da iniqüidade em saúde no Brasil relacionada à população negra, já apontada pelo movimento negro, por meio dos estudos: Saúde Brasil 2005 – Uma Análise da Situação de Saúde (BRASIL,2005) e Saúde da População Negra no Brasil: Contribuições para a Promoção da Equidade (FUNASA, 2004). Os dados desses estudos fortalecem a construção da práxis ao combate ao racismo. A participação ativa da sociedade civil, por meio das organizações não governamentais e das instituições de ensino e pesquisa se constitui em uma facilidade na implantação deste novo modelo de gestão. Na mesma medida, o exercício da construção coletiva, também se configura em dificuldades, principalmente pela diversidade dos atores envolvidos e da polêmica que envolve o tema racismo. Considera-se ainda como ponto relevante o desenvolvimento de ações intersetoriais, especialmente na parceria com a SEPPIR. No tocante às parcerias intraministerial, ao definir prioridades de ações para a saúde da população negra, otimizam-se os recursos e pratica-se a democratização nas decisões relativas ao orçamento. Aspectos relacionados à infra-estrutura e a falta de profissionais para operar demandas específicas do comitê também geram dificuldades. O Comitê Técnico da Saúde da População Negra é um instrumento inovador de gestão, que compõe a resposta que o Ministério da Saúde apresenta para resgatar uma dívida histórica com a população negra. Portanto, ao colocar em prática a Agenda da Saúde da População Negra, o Ministério sedimenta as bases do comprometimento do SUS rumo ao megaobjetivo da inclusão social e da redução das desigualdades sociais, fixado pelo governo no Plano Plurianual (PPA) 2004-2007.

UMA NOVA ESTRATÉGIA EM FOCO: O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - IDENTIFICANDO AS SUAS CARACTERÍSTICAS NO CENÁRIO DO SUS

Autor principal: Tamara Iwanow Cianciarullo
Outros autores: Gilberto Tadeu Reis da Silva e Isabel Cristina Kowal Olm Cunha
Instituição: Distritos de Saúde: Itaquera e Grajaú- SP e Universidades: São Paulo; Santo Amaro e Santa Marcelina
Município: Cotia
Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

Esta obra, caracteriza, o compromisso social dos pesquisadores, docentes e técnicos de diferentes instituições de ensino superior e de assistência à saúde, visando à divulgação dos resultados de um Projeto de Avaliação do Programa/Estratégia de Saúde da Família, desenvolvido em duas áreas do Município de São Paulo, financiado pela FAPESP. (Projeto Políticas Públicas_ 00/01957-7) no período de 2000-2004. Entre os diferentes modos de ver e avaliar o PSF, ou melhor a Estratégia da Saúde da Família, optamos pela inserção, desenvolvimento e execução de atividades relacionadas aos processos de avaliação em serviços de saúde, onde pesquisadores, técnicos, alunos e parceiros, mobilizaram-se com vistas a um processo de inserção/imersão nos processos assistenciais vigentes em duas regiões do Município de São Paulo, objetivando a uma avaliação das experiências assistenciais vivenciadas pelos atores sociais de modo a identificar possibilidades, restrições e oportunidades inovadoras produzidas pela nova estratégia. Neste período de quatro anos, houve um sensível acréscimo na literatura disponibilizada sobre a saúde da família, como por exemplo os manuais de enfermagem e de condutas médicas , publicadas pelo IDS , USP e Ministério da Saúde, em 2001. O Ministério da Saúde imprimiu uma cartilha de dezenove páginas, denominada " Abrindo a Porta para a Dona Saúde entrar" , sem especificação do ano de impressão, mas com algumas orientações sobre o que é e como funciona o PSF, incluindo aspectos importantes para a sua implantação, caracterizando desta forma a sua intencionalidade: orientação aos gestores. Outra importante publicação nesta área, versa sobre o desempenho do agente comunitário, um dos principais atores sociais do PSF. (Silva, J.A .& Dalamaso, A .S.W., 2002). Uma recente publicação do Tribunal de Contas da União (Brasil, 2002), onde se define o objeto da avaliação, a justificativa, a metodologia (estudo de caso) nos estados do ceará, Pernambuco, Alagoas e Paraíba, que representam cerca de 47% dos recursos do PSF e que possuem o maior número de ESF instaladas, é disponibilizada aos interessados no assunto. Um mesmo instrumento foi aplicado junto aos coordenadores estaduais e municipais do PSF, aos enfermeiros, médicos e beneficiários do programa, num total de 344 questionários. Não foram definidos os perfis dos "pesquisadores". Como resultados desta análise o TCU destacou: a elevada rotatividade e a dificuldade na contratação dos médicos das ESF, decorrentes dentre outros motivos, da insatisfação com a precariedade do vínculo contratual de trabalho, excesso de atendimentos, dificuldade no acesso ao local de trabalho e as falhas no sistema de referência e contra-referência; o excessivo número de famílias atendido pelas equipes, quando apenas 27% dos agentes comunitários de saúde não ultrapassam o limite recomendado; a falta sistemática de medicamentos, principalmente daqueles destinados ao controle de doenças crônicas¸ o fato da fiscalização, do monitoramento e da avaliação do programa não ser sistemática; a falta treinamento para os gestores , principalmente por ocasião de mudança nos governos estaduais e municipais. Diante destes achados, o TCU sugere as seguintes medidas: transferência de recursos para os municípios, num percentual mínimo estabelecido, visando sua aplicação no PSF; estudo de novo parâmetro máximo de cobertura de pessoas para cada ESF; elaboração de material ilustrativo sobre a filosofia do PSF a ser divulgado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); divulgação do papel do agente comunitário de saúde; reterritorialização visando à diminuição da sobrecarga de trabalho dos ACS; criação de centrais de marcação de consultas; diminuição das faltas de medicamentos; fomento à conscientização dos gestores municipais e estaduais sobre a importância da informatização das USF;produção de rotinas padronizadas para análise dos dados do SIAB. Como se percebe o discurso da avaliação em todos os segmentos governamentais continua o mesmo, sem critérios e sem estratégias adequadas para um contínuo aprimoramento do capital humano, de avaliação dos processos de trabalho e principalmente dos resultados alcançados pelas ações propostas pelo PSF em suas dimensões conceituais. Seguindo esta linha de propostas e implantação de sistemas de controle, a Prefeita de São Paulo, em outubro de 2002, estabelece por meio da Portaria 3830/

2002-SMS-G, o Sistema Municipal de Auditoria em Saúde , definindo as respectivas competências,. sem no entanto estabelecer os instrumentos e processos necessários a esta atividade. Assim, parece estar demonstrada a preocupação das autoridades e de pesquisadores, em relação ao processo de avaliação do atendimento à saúde da população, por meio do PSF, tanto no contexto nacional quanto local , no qual se insere este projeto. Ainda em relação à importância da realização e apresentação dos resultados deste projeto, há que se destacar a questão das diversas abordagens encontradas na literatura internacional referentes ao desenvolvimento de pesquisas interdisciplinares e interinstituicionais na área da saúde e que foram publicadas no livro Saúde na Família e na Comunidade.(Cianciarullo, T.I. et al. 2002)

ARTICULAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Este projeto articula-se a uma nova visão mundial, onde são privilegiadas as relações multiprofissionais, interinstitucionais e transdisciplinares, vinculadas aos processos de educação, pesquisa e assistência à saúde, representadas pelos docentes das universidades participantes (USP, UNISA e FASM), pelos pesquisadores destas universidades e de outras instituições, pelos técnicos das unidades QUALIS, USF, UBS e do Laboratório de Epidemiologia e Estatística (LEE) do Instituto Dante Pazzanese, com um importante aporte de conhecimentos específicos direcionados para uma imediata aplicação no presente projeto. Em que pese a origem e a formação diversificada de cada um dos pesquisadores em termos de sua profissão e experiência prévia, participação em outros grupos de pesquisa, vinculação a programas de pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado) e a outros projetos institucionais, há que se destacar o compromisso de todos os convocados para as reuniões e atividades programadas, respeitando-se as demais atividades de cada professor e de cada pesquisador e técnico. Há que se destacar, que a cada mudança ou indicação de novo gestor na área municipal, há que se estabelecer um novo tipo de relacionamento com os gestores indicados, apresentando-se, discutindo-se e planejando todos os passos do projeto re-apresentado aos novos participantes. As mudanças no governo local, influenciaram alguns propósitos e alteraram alguns pressupostos, sem no entanto, prejudicar o projeto como um todo.

O calendário de reuniões, foi obedecido em sua maior parte e acreditamos que, apesar das distâncias e dos diferentes espaços geográficos e organizacionais, assistenciais e educacionais, todos os participantes foram altamente produtivos em suas atividades e publicações. Além das reuniões de rotina para discussão do andamento dos subprojetos, das reuniões agendadas pelos Grupos para análise das atividades específicas de coleta de dados, inserção e análise, foram socializados os resultados parciais do estudo, em setembro de 2003, com um público atuante na área de abrangência do PSF, o que demandou um conjunto de atividades organizacionais ainda mais intenso, onde cada gestor de um subprojeto, atuou como coordenador. Esta atividade, pouco usual em nosso cenário acadêmico, gerou importantes contribuições para a finalização deste Projeto.

ATIVIDADES DOS GRUPOS CONSTITUÍDOS

Todos os grupos foram constituídos por docentes, técnicos e alunos, e desenvolveram suas atividades no contexto da programação. Assim, cada um dos Grupos, supervisionou, acompanhou a inserção dos dados nos sistemas específicos e elaborou a sua parte do relatório, fazendo uso das estatísticas produzidas pelo LEE (Laboratório de Epidemiologia e Estatística do Dante Pazzanese), a seguir sumarizadas:

GRUPO I

O Grupo I , foi o responsável pela elaboração e definição dos instrumentos e métodos de coleta de dados sobre as formas de atuação e funcionamento do PSF e das UBS . São os responsáveis pelos seguintes enfoques: Sistema Único de Saúde: uma realidade em modelos assistenciais distinto. As autoras apresentam um breve relato sobre a evolução das políticas públicas no Município de São Paulo e configuram as duas áreas do estudo.

O Cenário de geração e viabilização do Projeto de Saúde da Família: a construção da história da Unidade de Saúde da Família do A . E. Carvalho. Os autores, fazem uma primorosa e rigorosa composição histórica do Projeto Qualis , desde a sua implantação, até o perfil consolidado atual da Unidade, incluindo as percepções de saúde da família referidas pelos integrantes da equipe da saúde da família, obtidas por meio de depoimentos, destacando-se as notas obtidas pelos agentes comunitários de saúde.

GRUPO II

Os membros deste grupo, responsabilizaram-se pelos dados relativos à saúde da criança, obtidos por meio de instrumentos desenvolvidos especialmente para esta finalidade. As duas áreas foram analisadas exaustivamente gerando possibilidades de comparação importante, apresentadas nos textos: A construção de indicadores e elaboração dos instrumentos de avaliação da assistência à criança. A avaliação da assistência à criança em cenários que apresentam modelos assistenciais distintos.

GRUPO III

Este Grupo responsabilizou-se pela análise da assistência à gestante, produzindo três textos, sendo o primeiro direcionado para a construção de instrumentos, o segundo para a análise das

entrevistas realizadas com gestantes e o terceiro para a análise dos procedimentos A construção de indicadores e elaboração dos instrumentos de avaliação da assistência à criança.

Entrevistando gestantes em cenários que apresentam modelos assistenciais distintos: SUS e SUS/PSF.Avaliando procedimentos realizados durante o atendimento prénatal em cenários que apresentam modelos assistenciais distintos: SUS e SUS/PSF.

Outro aspecto a destacar, foi a indicação da Coordenadora Geral do Projeto, a convite da Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería e da OMS/OPAS para participar na qualidade de assessora do Projeto " Lineamientos y directrices para lamejoria de la calidad de la atención de enfermería em el proceso de gestación de bajo riesgoem América Latina ", elaborando critérios e diretrizes para o processo de avaliação deste tipo de assistência.

Grupo IV

Este Grupo responsabilizou-se pela elaboração de todos os instrumentos, estratégias de selação e abordagem dos idosos e de suas famílias, e do relatório referente ao sub-projeto de avaliação da assistência prestada aos idosos nas áreas estudadas:Avaliando a assistência ao idoso no cenário das políticas públicas. Avaliação de funcionalidade em gerontologia

Estudo comparativo do perfil sócio-demográfico e utilização do serviço de saúde pela população idosa residente em duas áreas do município de SãoPaulo.

Grupo V

Os instrumentos utilizados neste estudo, parecem propiciar condições favoráveis para uma nova concepção metodológica articulada em torno da instrumentalização adequada deste tipo de estudo em contextos familiares . O Grupo produziu os seguintes textos:Avaliação em saúde

Qualidade de vida e avaliação em saúde Programa de saúde da família e qualidade de vida: resultados da aplicação de um instrumento estruturado. Uma outra dimensão dos trabalhos realizados foi importante para o alcance dos objetivos do Grupo de Pesquisadores: a questão da ação educativa no contexto de uma avaliação institucional. Esta abordagem, permitiu não apenas um direcionamento e o orientação competente para os alunos, mas principalmente ofereceu um ambiente propício ao seu desenvolvimento como futuros pesquisadores. Um dos aspectos que nos parece mais importante, é a questão da participação de alunos de graduação em projetos desta natureza e amplitude. Nossa experiência pregressa, confirma que, alunos de graduação, quando envolvidos em projetos de pesquisa precocemente,

tendem a publicar mais e a buscar modos de desenvolvimento do conhecimento de forma sistematizada. Assim, estimulamos a participação de alunos, mesmo sob a forma de "técnicos de apoio" incorporando-os aos processos produtivos de publicações.Preceptoria, humanização e ação educativa : perspectiva Biraghiana.Pesquisando e aprendendoVivência de acadêmicas e profissionais da Faculdade Santa Marcelina.(FASM)Vivência dos alunos no trabalho de campo na zona sul de São Paulo. Como se pode perceber pelos relatos, a realidade é diferente do planejamento e coube aos alunos (bolsistas), juntamente com os coordenadores de Grupos, explorar e buscar novas estratégias para solucionar os problemas. Mas todas sem exceção foram extremamente profissionais em todos os momentos e ocasiões. Importante é destacar que esta coordenação (coordenadora e vice-coordenadora) respeitou a identidade específica de cada pesquisador e de cada instituição, observadas as diretrizes gerais do Projeto, que foram alvo de aprovação conjunta.

ANÁLISE DO ALCANCE DO OBJETIVOS PROPOSTOS

A Relacionados aos princípios do PSF

1. Realizar o diagnóstico relativo ao processo de implementação da estratégia do PSF na região de atuação da FASM/Itaquera, em termos das facilidades e dificuldade sem contradas, visando à sua adequação asa necessidades das famílias, subsidiando a reformulação das práticas inadequadas.

O Grupo I, caracterizou o SUS e descreveu todo o processo de implantação do PSF no Brasil (desde 1993) e em São Paulo (Qualis, 1995), baseando-se em textos e relatos encontrados na literatura, nos documentos oficiais e complementados pelas entrevistas realizadas com os responsáveis pela implementação do PSF na Zona Leste do Município de São Paulo. Parcerias são destacadas em sua importância e os atores sociais (líderes comunitários, profissionais e políticos) reconhecidos pela sua atuação, além do destaque para as facilidades e dificuldades encontradas neste novo cenário. Os espaços geográficos e equipamentos sociais são apresentados e detalhados, nas dimensões de sua influência sobre a saúde da população, incluindo os recursos humanos, a caracterização dos processos de trabalho, a produtividade, as percepções da equipe de saúde da família da área e as avaliações dos usuários sobre a assistência recebida na Unidade de Saúde da Família. Estes textos certamente servirão de subsídio e suporte para o desenvolvimento de estratégias de implantação, implementação de práticas operativas e de avaliação destes processos.

2. Identificar as formas de articulação do PSF com a estrutura vigente local e a substituição das práticas convencionais de assistência pelo novo processo de trabalho centrado na vigilância da saúde.O capítulo "O cenário de geração e viabilização

do projeto de saúde da família: a construção da história da Unidade de Saúde da Família A E Carvalho" responde a este objetivo em termos das parcerias estabelecidas, dos processos de trabalho implementados, das vantagens e desvantagens do modelo percebidas pelos usuários e servidores e documentados formalmente.

3. Caracterizar os membros da equipe de saúde da família e suas competências.

O elenco dos profissionais que participaram da implantação do programa e da sua implementação, bem como os processos de trabalho estão descritos no capítulo acima citado.

4. Identificar como operam os programas específicos de saúde observados nas áreas de estudo, dentre os propostos pelo Ministério da Saúde: criança de 0 a 5 anos;gestante e idoso. Definir os critérios de avaliação, construir instrumentos de análise,aplicação e avaliação de uso.Em relação à criança – apresenta-se exposto no capítulo " Avaliação da assistência em instituições com modelos assistenciais distintos: SUS e SUS/PSF".Dentre os diferentes aspectos abordados há que se distinguir a documentação dos parâmetros clássicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde nas duas áreas de assistência estudadas (com e sem PSF). São significantes as diferenças encontradas no registro de dados de identificação e antropometria das crianças realizadas nas unidades, destacando-se que na unidade sem-PSF, estas anotações são realizadas por profissionais de nível medio e na unidade com-PSF, por médicos e enfermeiros. Caracteriza-se neste contexto, a necessidade de estudos relacionados aos processos de educação continuada ou permanente.As anotações referentes à avaliação nutricional, ao desenvolvimento neuropsicomotor, vacinação, alimentação e estado mórbido anterior, também apresentam significantes diferenças nas duas unidades. Há que se destacar ainda a falta de registro dos diagnósticos e de enfermagem nas duas unidades estudadas. No entanto os registros das condutas médicas e de enfermagem são significativamente melhores na unidade com-PSF. Em relação à idade da primeira consulta da criança, a unidade com-PSF consegue assegurala antes do 2o mês de vida , o que representa um grande avanço na assistência à criança.. Não houve diferença no número de consultas médicas , mas houve uma diferença significativa no número de consultas de enfermagem na unidade com-PSF, possibilitando práticas importantes relacionadas aos processos de cuidar. Podemos destacar aqui a necessidade de estudos futuros relacionados ao acompanhamento das mães ou das cuidadoras , fazendo uso (ou não) das orientações/condutas indicadas nos seus respectivos domicílios. Em relação à gestante – apresenta-se exposto nos capítulos referentes às entrevistas realizadas com as gestantes e na documentação dos procedimentos. Observou-se que, de uma maneira geral os registros considerados como completos foram identificados na área de Itaquera (com PSF), como também o maior tempo gasto com consulta, fato que favorece o registro em prontuário. No entanto , em relação aos registros relacionados ao exame físico das gestantes como: determinação do peso, controle de pressão arterial, medida da altura uterina, ausculta dos

batimentos cardiofetais, determinação da idade gestacional , data da última menstruação e determinação de data provável do parto, a área da Santo amaro (sem PSF) demonstra melhor desempenho. Alguns aspectos desta análise, sugerem necessidade de outros estudos, direcionados para as competências específicas dos profissionais que atuam nas áreas, suas especialidades e principalmente os processos de treinamento aos quais têm acesso e estímulo. Outro aspecto a ser analisado em estudos futuros, corresponde aos processos de controle e responsabilidade profissional pela documentação e responsabilidade pelos resultados das ações e condutas prescritas.

Em relação ao idoso – os resultados são apresentados no capítulo " Estudo comparativo do perfil sócio-demográfico e utilização do serviço de saúde pela população idosa residente em duas áreas do município de São Paulo" . Os idosos de Itaquera (com PSF) têm à sua disposição uma melhor adequação numérica de profissional/habitante assistido, embora o número de consultas de rotina foi mais freqüente na população idosa de Santo Amaro (sem PSF). Os idosos de Itaquera (com PSF) receberam maior número de orientações verbais sobre os respectivos problemas de saúde. Medicações foram prescritas e atendidas mais na área de Santo Amaro (sem PSF), do que em Itaquera (com PSF). Detectou-se uma maior facilidade de acesso às consultas no próprio serviço em que são cadastrados, ente os entrevistados da área de Santo Amaro (sem PSF), mas a resolutividade declarada prelos dois grupos foi semelhante. A evolução dos tratamentos foi acompanhada em retornos com intervalos de tempo menores (semanais) entre os idosos de Itaquera (com PSF) do que na área de Santo Amaro (mensais), determinados provavelmente pelas ações dos agentes comunitários de saúde. Destaque deve ser dado ao maior índice de aprovação entre as categorias profissionais e ocupacionais, aos agentes comunitários de saúde, demonstrando a importância percebida pelos usuários do PSF.

Os serviços de recepção (acolhimento), foram os que produziram índices de menor satisfação entre os usuários das duas áreas estudadas. Um indicador a ser destacado e significativo, foi a aprovação à atuação do enfermeiro na área de Itaquera (com PSF) .

Relacionados à capacitação de recursos humanos.

1. Identificar os mecanismos utilizados para a capacitação.

O capítulo "Cenário de geração e viabilização do Projeto de Saúde da Família: a construção da história da Unidade de Saúde

da Família do A E Carvalho" , apresenta nos depoimentos obtidos dos entrevistados, os principais "modos" de treinamento utilizados nas fase iniciais do processo de implantação, bem como a inserção na comunidade. Acreditamos que hoje com a implantação da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, proposta pelo Departamento de Gestão e Educação na Saúde (DEGES), do Ministério da Saúde, com "a proposição e formulação de políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade; à capacitação de profissionais de outras áreas em saúde, dos movimentos sociais e da população, para favorecer a articulação intersetorial, incentivar a participação e o controle social no setor da saúde; a interação com a escola básica no tocante aos conhecimentos sobre saúde para a formação da consciência sanitária" , embora muito ampla em seus fins, já contribui sensivelmente com a adequação do "capital humano" a esta nova proposta assistencial o Programa de Saúde da Família, com os cursos de capacitação e formação em Saúde da Família (especialização e residência). Esta capacitação certamente, diminuirá as lacunas entre a formação dos profissionais vigente na maioria das IES e as necessidades dos usuários dos Programas de Saúde da Família. Por outro lado, uma iniciativa encontra-se em desenvolvimento, referente à formação dos médicos, por meio do PROMED, incentivando e promovendo importantes mudanças nas estruturas curriculares nos cursos de graduação.Há que se visualizar possibilidades de outros cursos de graduação na área da saúde obterem os mesmos benefícios e suporte para promover mudanças no cenário da educação superior. 2. Identificar os vínculos interinstitucionais, as estratégias e os resultados obtidos. Todos estes aspectos, incluindo as facilidades e dificuldades no âmbito das políticas, são apresentados no capítulo: "Cenário de geração e viabilização do projeto de saúde da família: a construção da história da Unidade de Saúde da Família do A E Carvalho".

Relacionados à qualidade de vida dos membros das famílias

O capítulo " O programa de Saúde da Família e Qualidade de Vida: resultados da aplicação de um instrumento estruturado" contempla os objetivos estabelecidos.

Relacionados especificadamente aos gestores de serviços públicos

Os resultados deste projeto, além de terem sido disponibilizados parcialmente aos participantes do Seminário realizado em setembro de 2003, quando foram convidados os gestores dos serviços de saúde de São Paulo, terão disponibilizados os resultados por meio desta publicação, onde além dos instrumentos desenvolvidos, os resultados obtidos e as considerações decorrentes da análise estão disponibilizados para uso no cotidiano. Além desta formas de divulgação no âmbito dos gestores da saúde, este grupo de pesquisadores pretende atender a uma solicitação de gestores de outros municípios circunvizinhos disponibilizando os resultados e desenvolvendo um novo projeto,desta vez orientado para os agentes comunitários de saúde, seus processos de seleção, treinamento, capacitação e desenvolvimento de tecnologias leves.

Relacionados aos aspectos acadêmicos

1. Criar um acervo bibliográfico e documental sobre o PSF

Durante todo processo de planejamento, desenvolvimento e análise dos resultados deste projeto, e durante as reuniões realizadas, foram sendo socializados artigos, livros e textos referentes às temáticas de interesse, visando a sua incorporação aos acervos das instituições envolvidas, incluindo a publicação de um livro e de artigos em Revista da FASM.

2. Manter um banco de dados sobre a saúde e qualidade de vida dos membros das famílias nos territórios estudados.

Os bancos de dados especialmente criados e desenvolvidos para este trabalho, estão disponibilizados para posterior utilização pelos pesquisadores em suas respectivas unidades. Sabemos que estes dados poderão ser úteis por muitos anos para efeitos de comparação e subsídio para novos projetos na área. Quando desenvolvemos em 1989 um projeto na área da saúde da mulher (NAAM) sob a forma de projeto integrado do CNPq, os bancos de dados alimentaram estudos durante um prazo de cerca de cinco anos, e fundamentam estudos comparativos até os dias de hoje.

3. Subsidiar a criação de programas interdisciplinares de especialização e mestrado profissionalizante em Saúde da Família, aderentes à realidade do estado de São Paulo e disponibilizados para outras regiões.

A FASM mantém um curso de especialização em Saúde da Família multidisciplinar. Outros programas deverão ser criados nos próximos anos, compreendendo o Programa de Saúde da Família, nas Universidades de Santo Amaro e de Guarulhos.

4. Elaborar e disponibilizar padrões, critérios e indicadores específicos para o PSF.

Os resultados deste trabalho poderão ser adaptados para quaisquer outros cenários, guardadas devidas dimensões, visto que os instrumentos desenvolvidos para este projeto, caracterizam os critérios dos programas específicos de saúde da criança (incluindo o AIDPI) , das gestantes e dos idosos articulados aos princípios e diretrizes do Programa de Saúde da Família.

5. Construir e validar um instrumento de análise relativo à qualidade de vida dos

membros das famílias. Optamos pela utilização de um instrumento já validado de Ferrans e Powers, em função da sua

utilização simplificada e das dimensões definidas em âmbito da percepção e da satisfação individual.

6. Publicar textos e artigos em revistas profissionais em âmbito nacional e internacional.

Além do livro publicado (Saúde na família e na comunidade – 2002) diversos artigos foram publicados na revista da Faculdade Santa Marcelina . v.3, no.3 (especial) por membros participantes do Projeto. Uma das pesquisadoras (Dra. Roselena Bergamasco) foi convidada a apresentar o resumo deste trabalho na Universidade de Montreal para um grupo de docentes interessados em projetos de família. O tema foi: Family health – evaluation os new strategies in Public Health, em 30 de setembro de 2004.

7. Promover reuniões de avaliação do projeto com a participação de convidados especialistas nacionais e internacionais.

Foi realizado um Seminário para apresentação e discussão dos resultados parciais do Projeto com a participação de alunos, docentes, técnicos de saúde entre outros profissionais com uma importante participação de gestores e pesquisadores da área .

8. Implementar grupos multidisciplinares de estudos em PSF, visando à disponibilização dos resultados deste projeto e a sedimentação do PSF/ESF em outros cenários. Em relação à continuidade das atividades grupais , foi criado um Grupo de Estudos de Avaliação de Serviços de Saúde, inscrito no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil, do CNPq. com cerca de trinta membros e com duas linhas de pesquisa: Avaliação de serviços e Programas de Saúde e Qualidade de Vida. Assim, esperamos continuar a desenvolver estudos e trabalhos na área da avaliação de serviços de saúde e no desenvolvimento de instrumentos e critérios de avaliação, buscando agregar valor às iniciativas interinstitucionais de pesquisa, educação e assistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil – Tribunal de Contas da União – Avaliação do Programa de Saúde da Família – PSF/
Brasília: TCU, Secretaria da Fiscalição e Avaliação de Programas do Governo, 2002.
Brasil, Ministério da Saúde – Abrindo a porta para a Dona Saúde entrar.-Programa de
Saúde da Família .
Brasil.Ministério da Saúde- Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos
para a Educação Permanente em Saúde.Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na
Saúde.Brasília, 2004. 66pgs.
Cianciarullo, T.I.; Gualda, D.M.R.; Silva, G.T.R.; Cunha, I.C.K.O . Saúde na Família e na
Comunidade. São Paulo. Robe Editorial. 2002. 398 pgs.
Manual de Condutas Médicas - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde . Universidade
de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
Manual de Enfermagem - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde . Universidade de São
Paulo. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
Silva, J.A .; Dalmaso, A .S.W. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber e o fazer.Rio
de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO E METAS EM DST/AIDS DE DIADEMA COM A PARTICIPAÇÃO DE ATORES SOCIAS GOVERNAMENTAIS E NÃO GOVERNAMENTAIS

Autor principal: Tânia da Costa
Instituição: Prefeitura Municipal de Diadema
Município: Diadema
Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

Este trabalho relata a experiência vivenciada pelos profissionais do Centro de Referência em DST/Aids e hepatites de Diadema, junto a outros atores sociais do Município, no momento de elaboração do Plano de Ação e Metas em DST/Aids e hepatites para o ano de 2006, utilizando-se o Método de Planejamento Estratégico Situacional.

JUSTIFICATIVA

A equipe de profissionais do Centro de Referência de DST/Aids de Diadema desejava ampliar o número de parceiros no desenvolvimento de suas atividades, pois o tema DST/Aids e hepatites, além de ser transversal a vários outros segmentos da sociedade, causa grande preocupação, pelo fato de o Município apresentar alto índice de infecção pelo HIV, ocupando o 18º lugar no ranking estadual.

O Município recebe, através do Programa Municipal de DST/Aids, verba de incentivo no valor de R$ 297.000,00 e deve oferecer como contra-partida o valor de R$ 117.000,00. Estes recursos financeiros fazem parte da Política Nacional de Combate à Aids, que para serem utilizados, faz-se necessário a apresentação de um Plano de Ação e Metas (PAM) pela Secretaria Municipal de Saúde ao Programa Nacional de DST/Aids. O Plano deve conter metas e ações voltadas às áreas de prevenção e assistência destas doenças, bem como ao fortalecimento de gestão de Organizações Governamentais não Governamentais parceiras. O Plano deve ser apresentado ao Conselho Municipal de Saúde e obter sua aprovação.

OBJETIVOS

Ampliar o número de parceiros para a realização de atividades de prevenção e de atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids e hepatites, tendo como diretrizes a integralidade, a eqüidade e a universalidade, princípios básicos o SUS.

METODOLOGIA: CAMINHO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA

Para alcançar o objetivo acima, optou-se por realizar uma Oficina de Elaboração do Plano de Ação e Metas em DST/Aids para o ano de 2006, utilizando-se o Método de Planejamento Estratégico Situacional. A escolha se deu pelo fato deste método organizar e facilitar a participação dos interessados, bem como, de possibilitar a abordagem dos problemas a partir do diagnóstico de situação e a elaborar metas e ações fundamentadas na realidade apresentada. Esta Oficina ocorreu nos dias 11,12 e 13 de julho de 2005, com a duração total de 32 horas, e contou, em média, com a presença de 35 pessoas. Estas representaram profissionais dos seguintes locais: Centro de Referência em DST/AIDS, Núcleo de Vigilância à Saúde do Trabalhador, Departamento de Epidemiologia e Controle de Doenças, UBS/PSF, CAPSI, Secretarias de Esportes e Lazer, de Educação, de Cultura, de Habitação, de Ação Social e Cidadania, Diretoria Regional de Ensino, ONG Lutando pela Vida, ONG NASP (Núcleo de Apoio Solidário à Prevenção) e Referência Técnica em Ginecologia.

A Oficina foi iniciada com a apresentação das Diretrizes da Secretaria de Saúde para a gestão 2005-2008, pela Coordenadora do Departamento de Vigilância à Saúde. Em seguida, a Coordenadora do Programa Municipal de DST/Aids apresentou dados sobre a situação epidemiológica em relação às DST/Aids, relatando também as ações já desenvolvidas pelo Governo e pela Sociedade Civil nesta área. Na seqüência, foi realizado levantamento dos problemas a serem enfrentados e a pactuacão de prioridades. Posteriormente, foi proposta a constituição de três grupos (Prevenção, Gestão e Assistência) que deveriam levantar as causas dos problemas e os "nós-críticos" (aqui considerados como problemas ou condicionantes de problemas, de alto valor para os participantes, cuja solução proporciona grande efeito positivo aos envolvidos). Por fim, passou-se para o estabelecimento das metas e das ações em DST/Aids, considerando a governabilidade dos proponentes, e seguindo o padrão SMART (metas eSpecíficas, Mensuráveis,

Apropriadas, Realistas e Temporalizadas), conforme orientação do Programa Nacional de DST/Aids.

PRODUTOS,

O que foi realizado e resultados alcançados;

Ao final da Oficina, muitas Metas e Ações foram apresentadas. Após o trabalho de condensação e orçamento realizado pela Equipe do Programa Municipal, tornaram-se 21 Metas, sendo novamente expostas grupo para aprovação final em Encontro ocorrido no dia 19/08/05.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

Após a Oficina, em avaliação realizada junto aos profissionais do Centro de Referência em DST/Aids, os participantes referiram que a experiência vivenciada foi do mais alto valor, pois dentre outras questões, verificou-se que a partir de uma visão mais universal, é possível definir prioridades, buscando atender às populações mais vulneráveis de forma integralizada; que o Método utilizado é muito democrático, pois permite a participação de todos nos processo de planejamento: Os participantes colocaram ainda que foi muito importante obter o conhecimento sobre como se elabora e confecciona um Plano de Ação e Metas (PAM).

Quanto às dificuldades encontradas, ressaltamos a ausência de profissionais das Secretarias de Finanças, do Governo e da Administração nas Oficinas, embora estes tenham sido convidados, pois para realizar o orçamento e a execução financeira do Plano, depende-se essencialmente destas áreas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É cada vez mais necessária, a realização de trabalhos na Saúde de forma integrada, não só entre os Serviços desta Secretaria, mas também como de outros Setores da Prefeitura e da Sociedade Civil, principalmente, utilizando-se de novas ferramentas de trabalho. O Método de Planejamento Estratégico Situacional, aplicado à elaboração de um Plano de Ação e Metas de DST/Aids, permitiu aos participantes entenderem os princípios do SUS, e tornou o trabalho de planejamento um momento de integração, interação, conscientização, solidariedade, respeito e, portanto, de muito aprendizado.

REORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE AGENDAMENTO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS E EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE SANTO ANDRÉ - SP

Autor principal: Tania Maria Barbosa Lopes de Bei
Outros autores: Maria Aparecida Teixeira das Neves e Vania Barbosa do Nascimento
Instituição: Secretaria Municipal de Saude de Santo André - SP
Município: Santo André
Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO

Em julho de 2002 foi montada uma Central de Agendamento de consultas em especialidades e exames, com atendimento direto aos munícipes pelo sistema de atendimento telefônico gratuito (0800), objetivando prestar um serviço mais humanizado, melhorar o acesso do usuário a estes serviços com diminuição de seu deslocamento, gerenciar e monitorar a demanda. Foi montada uma central de telemarketing com 12 atendentes que recebiam as ligações dos usuários que tinham em mãos seus pedidos médicos. Esta central de agendamento recebia (e continua recebendo) as planilhas com as vagas disponibilizadas pelos Centros de Especialidades Municipais, serviços contratados e parceiros públicos (Hospital Estadual Mário Covas e Hospital Estadual de Diadema) em determinados períodos do mês, e atendia às solicitações dos usuários à medida que estes conseguiam entrar em contato com a central. A grande maioria não conseguia atendimento pelo telefone, e quando conseguia já não haviam mais vagas para o agendamento. Esta dificuldade foi gerando, ao longo do tempo, um desgaste do serviço com as reclamações multiplicando-se tanto na ouvidoria municipal quanto na própria Secretaria e outros espaços de participação popular. Em janeiro de 2005, com a entrada da nova equipe, optou-se por retirar paulatinamente a marcação das consultas e exames da discagem gratuita e oferecer o agendamento através das Unidades Básicas de Saúde demandantes. A Central de Agendamento passa a assumir o papel de coordenação deste processo de trabalho, além de ser o espaço de interlocução com os demais setores da própria Secretaria, parceiros públicos e serviços filantrópicos/contratados/conveniados.

OBJETIVO

Analisar o processo de reestruturação da Central de Agendamento e suas conseqüências administrativas e políticas.

METODOLOGIA

A reestruturação se deu com a realização de:

· Reuniões com os diversos departamentos da Secretaria;

· Planejamento do processo de trabalho a ser instituído, com ênfase na cotização das vagas de 1ª consulta e exames para as Unidades Básicas de Saúde utilizando-se como parâmetro o n.º de consultas realizadas por cada uma das UBS (BPA);

· Treinamento das equipes das UBS para o novo processo de trabalho;

· Elaboração de pastas com orientações, lista dos serviços, pré-requisitos para exames, etc.

RESULTADOS

O agendamento na própria UBS demandante vem proporcionando um atendimento mais pessoal, eficiente e agradável para o usuário, estabelecendo vínculo, favorecendo o acolhimento e oportunizando novas informações. A introdução no processo de trabalho de um impresso próprio para os médicos solicitarem consultas ou exames com maior brevidade através de critérios clínicos – chamado de extra agenda – desonerou o usuário da responsabilização por conseguir este atendimento e responsabilizou os serviços (UBS, Central, demais setores). A interlocução vem se dando de maneira contínua entre a Central e os serviços demandantes e demandados, assim como com os usuários do SUS municipal. O principal problema enfrentado cotidianamente é atender a demanda gerada pelas UBS e outros parceiros, pois permanece um grande déficit na oferta de consultas especializadas e exames.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reestruturação realizada na Central de Agendamento vem ofertando à equipe da Secretaria, desde a UBS até o nível central, a oportunidade de pensar (e repensar) as fragilidades

existentes nas diferentes esferas de atenção ao usuário. A partir do momento que o agendamento se deu nas UBS, foi possível dimensionar a demanda reprimida para cada especialidade médica e exame e por UBS, redimensionar as cotas oferecidas através do uso do BPA corrigindo possíveis distorções, atender com mais presteza os casos mais graves, conhecer o perfil de solicitações de cada UBS e dos médicos especialistas, apontar os principais pontos de estrangulamento do nível secundário, conhecer a demanda vinda dos setores privados da saúde, oferecer um espaço de interlocução com os profissionais e gerentes dos serviços demandantes e demandados, realizar acompanhamento mensal com a produção de boletins de demanda reprimida e projeções para os próximos 6 meses. O conhecimento mais próximo possível da realidade de uma demanda que estava escondida atrás da marcação via telefone, todavia, não resolve a questão. O n.º de reclamações pela demora no atendimento foi se avolumando ao longo do processo de reestruturação, sendo um sinalizador potente de que o problema permaneceu. Tanto o conhecimento da quantidade de consultas e exames não atendidos em um tempo razoável quanto as reclamações dos usuários, vêm oferendo a oportunidade para as equipes começarem a investir na regulação, auditoria e controle de forma sistêmica com o envolvimento de todos os departamentos da SMS, preconizando protocolos de encaminhamento e atendimento que contemplem tanto os profissionais das UBS quanto do nível secundário da atenção. Ainda nesta direção, os sete municípios da Região do Grande ABC vem participando de um projeto patrocinado pelo MS / OPAS para a regulação dos serviços de saúde. Conhecer as necessidades também tem oferecido à SMS subsídios para conquistas no investimento municipal (recursos próprios) objetivando aliviar o tempo de espera por uma consulta especializada ou exame, assim como renegociar as vagas oferecidas pelos serviços próprios e parceiros. Finalizando, trata-se de um processo contínuo onde avaliações e reavaliações devem ser feitas no sentido de redirecionar os investimentos em treinamento dos profissionais, tecnologia da informação e parque de informática.

ACOMPANHAMENTO DE PROJETOS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Autor principal: Tânia Maria Sulzbach Müller
Instituição: Seceretaria de Estado da Saúde
Município: Florianópolis
Estado: Santa Catarina

Freqüentemente são propostas ações, atividades, projetos ou programas para enfrentar alguma dificuldade. Entretanto, a prática de monitorar sua implantação não vem sendo viabilizada, dificultando uma avaliação posterior. O Programa de Expansão e consolidação do Saúde da Família – PROESF, em seu componente III refere-se ao Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica como responsabilidade dos Estados. Durante o ano 2005, foi realizado em Santa Catarina. o I Curso Introdutório em Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica dividido em 3 Módulos com 40 horas cada, totalizando 120 horas presenciais e mais horas de trabalhos de campo (dispersão), com a participação inicial de 138 alunos, dos quais 103 concluíram o curso elaborando um trabalho de conclusão do curso.

O trabalho de conclusão é uma proposta de monitoramento de diferentes aspectos das atividades ligadas à atenção básica, desenvolvidas por técnicos da Administração central da SES, das Gerências Regionais de Saúde, das Coordenações municipais do PSF e de Coordenações de equipes de PSF. Foram apresentadas 19 propostas de monitoramento. Todas as propostas definem o problema a ser monitorado, a metodologia, o tempo de implantação e os resultados esperados. Frente a essa situação, colocou-se como um problema para o Grupo de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica: monitorar a implantação dessas propostas.

Ação proposta para superar o problema: monitorar a implantação de 19 propostas de monitoramento da atenção básica apresentadas por regionais de saúde, municípios e servidores da administração central da SES.

AÇÃO PROPOSTA PARA SUPERAR O PROBLEMA

Apartir de março de 2006, monitorar a implantação de 19 propostas de monitoramento da atenção básica apresentadas por regionais de saúde, municípios e servidores da administração central da SES.

METODOLOGIA

Em um primeiro momento foram coletados dados referentes a implantação das 19 propostas de monitoramento da atenção básica através de um formulário eletrônico (ForSus). Após a coleta dos dados referentes a implantação serão selecionados indicadores de estrutura, processo e resultado que serão acompanhados periodicamente por meio eletrônico, em seminários e visitas ¨in locu¨ por uma equipe da SES.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Encaminhamos o formulário para 98 alunos, e inicialmente 79 alunos responderam o mesmo. Aproximadamente 60 % (por cento) responderam afirmativamente que pretendem implantar após o mês de junho/ 2006 a proposta elaborada no curso. Para aqueles que responderam que não pretendem implantar foram enviados e-mails solicitando que justifiquem a não implantação, entre outras respostas há aqueles que fizeram o curso mas não permanecem atuando na atenção básica e também respostas tais como ¨ não pensei que precisava aplicar o projeto realizado no curso ¨...

POSSIBILIDADES E LIMITES

O acesso rápido para correspondência (meio eletrônico) permite que periodicamente possam ser monitoradas (a distância) as propostas. Porém, há um número reduzido de profissionais na SES que poderão realizar o acompanhamento dos indicadores previstos nas 19 propostas, motivo que poderá limitar a execução da proposta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A falta de uma prática sistematizada de acompanhamento do aproveitamento e aplicação de conhecimentos propostos em Oficinas, Seminários e Cursos de Educação Continuada nos leva a refletir que deve haver um grande desperdício de recursos públicos investidos nesta área. Entendemos que o monitoramento de egressos poderá contribuir para a avaliação sobre possíveis mudanças na prática dos profissionais de saúde.

IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Autor principal: Tereza Adriana Miranda de Almeida
Outros autores: João Veiga Leitão de Albuquerque Filho; Wilson Freire
Instituição: Secretaria de Saúde de Olinda
Município: Olinda
Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA, INDICANDO A SUA IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO LOCAL

A implantação do Núcleo de Educação Popular em Saúde – NEPS - marca o investimento numa mudança da prática assistencial no município.

O NEPS propõe-se a ter uma atuação transversal a todas as demais políticas específicas, ou seja, a todas as ações de promoção, assistência e reabilitação da saúde dos munícipes de Olinda, bem como se articular com o Pólo de Educação Popular em Saúde, quando for consolidado no estado, de forma a garantir a inserção do município nos debates e construções sobre a formação profissional permanente na área de saúde.

Desta forma, a educação em saúde se expressa na prática cotidiana dos profissionais e na forma de inserir as políticas públicas de saúde na vida das comunidades, estejam sob risco ou em situação de adoecimento.

OBJETIVOS, PROPÓSITOS

O objetivo primordial, o de aumentar a autonomia das pessoas sobre sua saúde e sobre o ambiente potencialmente gerador de adoecimento, consolidando práticas saudáveis, pode ser alcançado apenas com um grande processo de articulação entre os diversos atores envolvidos e a criação de espaços de debate e divulgação de informações.

METODOLOGIA: CAMINHO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA

· ARTICULAÇÃO COM RÁDIOS COMUNITÁRIAS - Uma das primeiras atividades do NEPS está sendo a articulação de rádios comunitárias para a divulgação de informação sobre saúde, inicialmente direcionada a temas específicos, como filariose, hanseníase ou tuberculose, a proposta é que até o final de 2006 inclua um horário diário para esclarecimentos entre usuários e profissionais do SUS;

· OFICINAS DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE – A cada mobilização comunitária, o NEPS desenvolve atividades, primeiro com os profissionais de saúde que irão desenvolver as ações, em seguida desenvolve atividades lúdicas com a comunidade;

· DESENVOLVIMENTO DE PANFLETOS DE CORDEL SOBRE ORIENTAÇÃO E CUIDADOS DE SAÚDE – O cordel é, historicamente, um importante meio de comunicação popular, sendo identificação com um "jornal do povo", com um linguajar acessível e abordagem de assuntos atuais, valorizando os poetas locais. Nesse sentido, valorizando os instrumentos de divulgação popular, o NEPS tem criado vários panfletos de Cordel com conteúdo direcionado à orientação da população sobre diversas doenças importantes para o município.

·DESENVOLVIMENTO DE VÍDEOS DE DIVULGAÇÃO E ORIENTAÇÃO SOBRE PROBLEMAS DE SAÚDE – Considerando os recursos visuais como de grande impacto para a população, o NEPS está desenvolvendo vídeos específicos de divulgação de informações sobre a situação de saúde da população e orientações para cuidados com a saúde. Esses vídeos têm como público prioritário os setores organizados da sociedade e as comunidades envolvidas em campanhas específicas (como o tratamento em massa da filariose ou a campanha de detecção de tuberculose).

PRODUTOS, O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

Desde da implantação do NEPS, no primeiro trimestre de 2005, foram confeccionados 05 cordeis específicos, incluído um sobre cultura da paz, foram realizadas 03 mobilizações municipais de combate à tuberculose e foram produzidos 03 vídeos de divulgação, além de diversas atividades lúdicas e campanhas de divulgação das ações de saúde em rádios comunitárias. Percebe-se que há uma grande receptividade por parte de toda a equipe da Secretaria de Saúde e de outras Secretarias, contribuindo para uma demanda crescente por atividades do NEPS, bem como tem havido uma boa resposta popular aos instrumentos utilizados. No controle da tuberculose, uma das primeiras ações a utilizarem o instrumental do NEPS, já se identifica uma maior adesão da população aos

serviços de saúde, bem como uma redução na prevalência da doença no Distrito Sanitário II, sobre o que se avalia uma importante contribuição das ações do NEPS, associadas a outras atividades.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA FACILIDADES E DIFICULDADES

A principal dificuldade encontrada diz respeito à pequena estrutura do NEPS, frente a uma crescente demanda por suas atividades. Além disso, ainda não há confluência e concordância geral entre os conceitos de educação popular em saúde em toda a equipe da Secretaria de Saúde e da Prefeitura de uma forma geral, o que leva a demandas que não condizem com as competências do NEPS, como a promoção e animação de eventos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Constituir espaços de educação popular em saúde na política pública de saúde não é um esforço simples, demanda um redirecionamento de ações e de concepções, demanda a valorização da participação direta do usuário na promoção e no cuidado da saúde. Esse esforço se traduz num processo que deve envolver todos os atores condutores da política de saúde, de forma ampla. Neste sentido, Olinda tem dado importantes passos para o desenvolvimento desses espaços. Pretende-se que o NEPS represente não apenas um marco, mas uma referência para a mudança de práticas há muito cristalizadas.

IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE GEOPROCESSAMENTO

Autor principal: Tereza Adriana Miranda de Almeida
Outros autores: João Veiga Leitão de Albuquerque Filho; Márcia Maria Cavalcanti Marcondes
Instituição: Secretaria de Saúde de Olinda
Município: Olinda
Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA, INDICANDO A SUA IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO LOCAL

O Núcleo de Geoprocessamento foi implantado no município a partir de uma parceria com a Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, com o intuito de aprimorar a estrutura de monitoramento e intervenção sobre agravos de saúde, atuando territorialmente, a partir de outubro de 2005.

O geoprocessamento e espacialização das informações de saúde têm sido desenvolvidos nacionalmente a partir de subsídios do Ministério da Saúde e de experiências exitosas em várias partes do país, contribuindo para melhores diagnósticos e ações de intervenção sobre so problemas de saúde da população.

Em Olinda, a equipe do Núcleo de Geoprocessamento tem registrado, através de GPS, os dados a serem mapeados e, de forma pioneira, introduziu o GPS nas ambulâncias do SAMU, que assim, também poderão ter mapeados os atendimentos por tipo e gravidade, orientando intervenções sobre o disciplinamento do trânsito ou sobre o combate à criminalidade.

OBJETIVOS, PROPÓSITOS

O objetivo do Núcleo de Geoprocessamento é de fornecer subsídios para o planejamento de ações e para as intervenções territorializadas no município, contribuindo ainda para uma maior conhecimento dos problemas de saúde, por parte da gerência dos Distritos Sanitários, e conseqüente ganho em autonomia da gestão das equipes distritais sobre os mesmos, além do desenvolvimento de novas técnicas e abordagens no estudo epidemiológico no município, incluindo o mapeamento dos atendimentos do SAMU.

METODOLOGIA: CAMINHO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DA VIVÊNCIA

Através do Núcleo de Geoprocessamento de Olinda, está sendo formada uma base cartográfica e todos os eventos de interesse para a saúde serão localizados territorialmente, ou seja, serão "mapeados". Desta forma, o município poderá construir mapas temáticos, construir mapeamentos diversos de risco para o município e direcionar suas intervenções para os espaços de maior risco de adoecimento e morte. Nesse sentido, o direcionamento atual do Núcleo de Geoprocessamento centra-se em quatro linhas de ação: 1. A elaboração de mapas temáticos sobre problemas específicos; 2. A elaboração de mapas de risco com indicadores compostos ou superpostos; 3. A definição das áreas de abrangência das unidades em consonância com os dados do IBGE e com as áreas de risco sócio-econômico e/ou epidemiológico; 4. Mapeamento, através de GPS na ambulâncias, dos atendimentos do SAMU Olinda.

PRODUTOS, O QUE FOI REALIZADO E RESULTADOS ALCANÇADOS

Os primeiros e mais importantes resultados obtidos foi a elaboração de mapa de risco sócio-econômico do município; a elaboração de mapas temáticos para a tuberculose, hanseníase e casos de homicídio.

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA: FACILIDADES E DIFICULDADES

A principal dificuldade encontrada diz respeito à enorme quantidade de dados a serem mapeados e a ainda incipiente cultura de análise espacial das informações de saúde, contudo, a equipe técnica tem demonstrado grande empenho interesse em aprimorar essas técnicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O geoprocessamento e a territorialização dos dados de adoecimento, morte e das ações de intervenção sobre agravos, bem como de risco ambientais e sócio-econômicos, é um caminho sem volta. A cada dia mais aprimorado e mais importante para o país, estados e municípios, é instrumento fundamental

para a potencialização das ações e racionalização de gastos sobre as intervenções de saúde, contribuindo para sua eficiência e sua efetividade. Além disso, serve de base teórica informativa para uma maior aproximação das informações e atores locais, fortalecendo a idéia de responsabilidade sanitária no território. Nesse sentido, Olinda iniciou, e bem, a sua caminhada.

COMO UM GIRASSOL: GIRANDO E GERANDO OPORTUNIDADES NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE EM NATAL

Autor principal: Terezinha Guedes Rego de Oliveira
Outros autores: Ana Tereza Barreto Torres; Clotildes Macedo de Oliveira Fontes; Herbene Florêncio; Marilene Cardoso da Silva; Maria Auxiliadora Soares de Lima; Maria das Graças de Amorim Pessoa; Maria das Graças Dias; Roberval Edson Pinheiro de Lima
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde - Natal/RN
Município: Natal
Estado: Rio Grande do Norte

INTRODUÇÃO

O Plano de Saúde é um instrumento fundamental ao processo de construção do Sistema Único de Saúde - SUS. A elaboração e a formalização desse instrumento garantem o cumprimento do princípio constitucional e a direção única de cada esfera de governo na construção da rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

Em Natal a avaliação dos resultados e o impacto das ações desenvolvidas no período 2003/2005, permitiram uma visão panorâmica do Sistema Municipal de Saúde. Ao lado do registro de avanços importantes, fica evidenciado que permanecem vigentes diversos tipos de entraves à obtenção de melhores resultados.

A partir da realidade sanitária municipal, do Plano Plurianual PPA, das Diretrizes Nacional e Estadual e da experiência acumulada, conceberam-se diretrizes que nortearam a Política Municipal de Saúde no período 2006/2009, na busca da ampliação e qualificação do acesso aos serviços e ações de saúde, no avanço em direção à equidade e na construção permanente da intersetorialidade das políticas públicas.

Nesse sentido, desencadeou-se um processo de consultas e debates, compactado em plenárias temáticas de curta duração, integrando atores sociais, dirigentes e técnicos, na construção do Pacto pela Saúde em Natal, cuja materialização do pensar coletivo é o Plano Municipal de Saúde 2006 a 2009.

OBJETIVOS

Geral

Discutir e formular diretrizes, metas e ações, de forma participativa, atendendo as necessidades e ou demandas prioritárias da Política Municipal de Saúde.

Específicos

· Analisar a atual situação de saúde do município do Natal, em relação à atenção à saúde, a organização dos serviços assistenciais e a gestão;

· Desenhar diretrizes, metas e ações do Plano Municipal de Saúde com base nos pactos, relatórios de gestão e os problemas identificados nas oficinas de planejamento, com bases políticas e programáticas para cooperação interinstitucional;

· Compartilhar responsabilidades e iniciativas que permitam acompanhar o cumprimento das metas e mensurar os resultados, garantindo a participação dos organismos de controle social e formulação das políticas públicas municipais.

METODOLOGIA

A metodologia pautou-se nos seguintes momentos:

· Realização de seminário com uma média de 200 participantes para apresentação da análise situacional, quanto aos aspectos demográficos e socioeconômicos, atenção à saúde, gestão em saúde, condições de saúde, resultado obtidos no período 2003 à 2005;

· Apresentação da proposta de trabalho das oficinas conceitos e processo de trabalho, para a clientela alvo do seminário;

· Desenvolvimento de plenárias divididas em 03 eixos temáticos (Atenção Integral à Saúde, Vigilância à Saúde e Gestão em Saúde), com participação de técnicos e dirigentes de nível local, distrital e Central (Sede da Secretaria Municipal de Saúde), representantes do controle social (Conselho Municipal de Saúde, Ministério Público e ONGs), instituições de ensino, Secretaria Estadual de Saúde e demais segmentos.

· Realização de plenária geral de consolidação dos trabalhos em grupos, com abertura para destaques e aprovação das propostas.

· Em todos os momentos, desde o início, escolheu-se como ícone representativo, o Girassol, em função de suas características biológicas: fecundidade, resistência, beleza, força, dente outras. Distribuíram-se sementes da flor, poemas, canções foram entoadas e toda a construção dos materiais apresentam sua imagem.

· Plenária para homologação, pelo Conselho Municipal de Saúde, das proposições orientadoras da Política Municipal de Saúde para o quadriênio 2006-2009, com participação de todas as instâncias representativas.

PRODUTO

· Redação do Plano Municipal de Saúde, cristalizada com a contribuição de técnicos e de representantes da sociedade;

· Apresentação do Plano Municipal de Saúde para Gestores, corpo técnico das três esferas de governo, representação de usuários, Ministério Público e órgãos públicos afins.

APRENDIZADO E CONVIVÊNCIA

Construção coletiva de um instrumento político e social, fundamentado no respeito aos saberes, experiências e vivências, balizado por um processo legítimo e democrático, associando conhecimento técnico-científico com a práxis cotidiana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integração dos diversos segmentos e seus respectivos interesses, através da consensualização de diretrizes, metas e linhas de atuação, a partir da formalização de acordos com base interativa, favoreceu a construção de um ambiente de confiabilidade, apesar da dinâmica mutável do Plano, permitindo o ajuste sistemático da proposta, sem perder de vista os problemas reais e a capacidade de produzir impacto efetivo para atender as demandas oriundas do cenário local.

PROGRAMA DE REESTRUTURAÇÃO E CONTRATUALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS DO SUS. RECIFE, 2006.

Autor principal: Tiago Feitosa de Oliveira
Outros autores: Eduardo Lage de Faria; Lídia de Oliveira Lira; Lauriluce Farias Albuquerque,; Amélia Caldas de Souza; Maria Gorette Oliveira; Maria Bernadete Barros Lima; Geraldo José Barbosa; Blandina Perez; Alberto Luiz Alves de Lima
Instituição: Prefeitura do Recife - Secretaria de Saúde - Diretoria de Regulação
Município: Recife
Estado: Pernambuco

INTRODUÇÃO

Os hospitalais filantrópicos no Brasil são responsáveis por aproximadamente um terço dos leitos existentes no País, o que configura a sua importância na consolidação do Sistema Único de Saúde como política pública de cidadania. De acordo com os marcos legais vigentes são reconhecidos como Instituições filantrópicas as entidades portadoras do "Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social", documento concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão colegiado subordinado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Várias condições são exigidas para a obtenção desse Certificado. Para os hospitais, destacam-se duas alternativas previstas pelo Decreto 4.327/2002: a oferta e efetiva prestação de 60% ou mais de internações ao SUS; e, no caso do gestor local do SUS declarar impossibilidade de contratação de 60% de internações, a entidade aplicar um percentual da receita bruta em gratuidade variando entre 20% e 5%, na dependência do efetivo percentual de atendimento ao SUS. O referido decreto prevê uma terceira alternativa para a obtenção do Certificado, a classificação do hospital como estratégico para o SUS. Entretanto, a definição de critérios para tal classificação e de uma lista de hospitais neles enquadrados, estabelecida pelo Ministério da Saúde em 2002, foi revogada no início de 2003. O presente artigo tem como objetivo caracterizar os hospitais filantrópicos nos aspectos relativos à localização geográfica, porte, disponibilidade de equipamentos biomédicos, complexidade assistencial e perfil de produção e clientela.

JUSTIFICATIVA

Apesar de ser objeto de programas especiais do Ministério da Saúde, das áreas de governo de arrecadação de tributos e contribuições e de instituições da área econômica, os hospitais filantrópicos vem enfrentando serias dificuldades financeiras. O programa de contratualização resgata, sobretudo, uma divida social com essas instituições que com a implantação do SUS foram reconhecidas como parceiros prioritários para as ações de média e alta complexidade. Neste sentido, a elaboração da proposta de contratualização é um marco referencial na História da Política de Saúde que remete a revisão de concepções sobre parcerias e co-responsabilidade de cidadania buscando atingir a eficácia das ações nos territórios.

OBJETIVO GERAL

Ampliar o acesso aos serviços, promovendo condições para qualificar a atenção a saúde num modelo de gestão participativa.

Objetivos Específicos

Estabelecer metas quantitativas e qualitativas; aprimorar o processo de atenção a saúde; promover espaço de reflexão e capacitação permanente; fortalecer o controle social; formalizar bases de parceria.

METODOLOGIA

Foram instaladas comissões técnicas ampliadas, com a participação de conselheiro(as) municipais de saúde: uma comissão para refletir e elaborar metas de qualidade coerentes com os objetivos propostos e uma comissão para, diante das realidades específicas de cada hospital, elaborar as metas físicas. Os momentos de produção dos textos propiciaram capacitação em serviço. Recorremos aos instrumentais produzidos pelas equipes do Ministério da Saúde, pelas equipes que atuam nas seis Regiões Político-Administrativas do Recife e registros das supervisões e acompanhamento sistemático das Unidades Contempladas pelo Programa de Contratualização: Casa de Saúde Maria Lucinda, Centro hospitalar Oscar Coutinho, Hospital Evangélico de Pernambuco e o Hospital Santo Amaro. Esse processo cumpriu as seguintes etapas: elaboração do documento; solicitação de parecer da Assessoria Jurídica da

Secretaria de Saúde do Recife, apresentação da proposta aos hospitais; socialização do processo aos conselheiros (as) municipais de saúde.

PRODUTO: ATIVIDADES REALIZADAS

Grupos de estudo com as comissões ampliadas; Agenda de trabalho com os parceiros importantes para o processo de elaboração; Encontros com Núcleo Gestor da diretoria de Regulação e dos hospitais objeto do convênio; Disseminação da Metodologia de Trabalho junto aos conselheiros (as); Encontros específicos com cada Hospital contemplado.

Aprendizado com a vivência: facilidades e dificuldades

O processo provocou a reflexão sobre a qualidade x quantidade: a oferta correspondente às demandas. È importante salientar nesse conjunto de aprendizagem a tomada de consciência sobre a elaboração de objetivos compatíveis com o que queremos construir. Tendo o cuidado de não tornar nossos objetivos os objetivos do outro. Reconhecemos os marcos legais como referencia para a produção, no entanto, exercitamos o respeito aos diferentes movimentos, forma de organização e relação de força para a estruturação dos processos. Nos deparamos com diferentes concepções. Uma dificuldade que provocou aprendizagem e crescimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em Recife o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS, está passando por um processo bastante democrático, com várias discussões envolvendo todos usuários e interessados do sistema, tendo forte participação do Conselho Municipal de Saúde. Todo esse movimento está garantindo a qualificação da gestão hospitalar e conseqüentemente, ampliando o acesso à assistência de média e alta complexidade de qualidade.

O PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Autor principal: Wallace de Medeiros Cazelli
Outros autores: Célia Márcia Birchler; Maria Cirlene Caser; Marcelo Dala Bernardina Dalla; Tânia Mara Ribeiro dos Santos; Fabiani Lozer Zocatelli
Instituição: Secretaria de Saúde do Estado do EspíritoSanto - SESA
Município: Vila Velha
Estado: Espírito Santo

INTRODUÇÃO

Com o propósito de fortalecer e organizar a Atenção Primária de Saúde no Espírito Santo, a Coordenação Estadual da Atenção Primária à Saúde, através do Programa Saúde da Família, iniciou um processo de monitoramento e aprimoramento da qualidade dos serviços ofertados pelas Equipes de Saúde da Família.

OBJETIVO

Desde sua implantação, a Coordenação Estadual do PSF buscou desenvolver ações que de alguma forma apontassem para um diagnóstico da evolução do PSF no Espírito Santo. Realizando, principalmente através das coordenações Regionais de PSF, supervisões aos municípios, sem conseguir manter uma constância periódica nesta ação.

Esta experiência contribui para a discussão e elaboração do Processo de Certificação das equipes de PSF, cuja meta era de entrevistar 100% das equipes cadastradas no SIAB (base: agosto/2005) em todos os municípios do estado, o que corresponde dizer 453 equipes em 73 municípios, gerando um quadro de avaliação amplo, geral e de base única de condução, com os seguintes norteadores:

• Elaborar um diagnóstico da situação do PSF no Estado, levantando as condições de estrutura e processo de trabalho em que as equipes se encontram;

• Proporcionar informações que apontam prioridades, subsidiando plano de investimentos para APS/PSF, no âmbito estadual e municipal;

• Despertar para a importância de monitorar e acompanhar as ações das equipes, no âmbito estadual e municipal;

METODOLOGIA

Construído em parceria pela equipe, utilizando outros instrumentos de avaliação que já haviam sido trabalhados em outros estados, porém com destinação e utilização diversas, além da observação e colaboração dos aspectos regionais de nosso estado, onde tiveram importante participação os técnicos das regionais de saúde, resultando um instrumento inicialmente testado como piloto em algumas equipes do município de Colatina, e após reparos, correções e validação pela câmara técnica da CIB, com ampla aceitação pelo COSEMS, estava finalmente pronto para utilização, e que apesar de ser um instrumento de caráter auditorial, fechado à primeira vista, resultou em uma fonte ainda não totalmente delimitada, devido a gama enorme de informações coletadas e com inter-relacionamento de questões que ainda levará muito tempo para ser totalmente esgotado, lembrando que é um instrumento que se auto constrói para as próximas etapas, incorporando aspectos que não estiveram presentes nesta primeira edição.

PRODUTOS

O processo de certificação das Equipes de Saúde da Família da SESA consta da aplicação de um instrumento de coleta de dados de caráter normativo, estruturado em blocos de forma a permitir realização de análise dos dados de forma conjunta ou separada. Identificação da equipe; organização interna do trabalho; organização externa o trabalho; avaliação; estrutura física, além de espaço para registro das impressões do entrevistador e comentários dos profissionais entrevistados.

O processo cria de um Banco de Dados capaz de gerar diversos relatórios abordando as informações coletadas através das questões identificadas nos blocos já citados. Esses relatórios estarão disponíveis para técnicos do Estado e Municípios, contribuindo para a elaboração do planejamento de suas atividades. Podendo ser de interesse também dos Conselhos de Saúde, Instituições de Ensino e outros.

O período de coleta de dados ocorreu entre setembro e dezembro de 2005, sendo considerado extremamente rico no sentido de envolver mais de 40 técnicos, não apenas os que atuam nas Coordenações Estadual

e Regionais de APS/PSF, mas também inserir profissionais de outras áreas técnicas, além da participação de técnicos de municípios após um convite aberto em assembléia do COSEMS.

A divulgação do cronograma de entrevistas ocorreu em reunião que contou com a presença dos coordenadores municipais chamados a participar do processo, sendo envolvidos na operacionalização do roteiro dentro do seu município. Esse movimento fortaleceu a idéia de parceria entre as coordenações estadual, regionais e municipais de PSF.

Após o encerramento da etapa de coleta de dados, foi realizada uma oficina de avaliação entre os participantes do processo. Tendo como resultado geral um índice positivo por parte de todos os entrevistadores, com destaque para os técnicos dos municípios e os do Estado que não tinham vivenciado experiência parecida. Algumas mudanças foram sugeridas como: reduzir o questionário; pequenas mudanças no roteiro e no material de apoio produzido (pastas, camisetas, crachás)

Além da oficina, ofícios foram enviados aos 73 Secretários Municipais solicitando respostas as seguintes questões: postura dos entrevistadores; cumprimento do roteiro no município; repercussão na rotina de trabalho das equipes; sugestões e críticas. Foram processados 35 retornos também com ênfase muito positiva em todas as questões, além de todos demonstrarem grande expectativa no retorno dos dados.

Momento atual: finalizada a pontuação por equipe, alimentação do banco e dados e planejamento de uma oficina de retorno dos dados aos municípios. Nesta oficina pretende-se, além do retorno dos dados através da planilha de pontuação e dos possíveis relatórios gerados pelo banco de dados, trabalhar com uma matriz de planejamento de fácil empreendimento e compreensão, que identifique as prioridades e conduza ações coerentes e possíveis de serem realizadas dentro das nuances e níveis correspondentes.

CONCLUSÃO

A Certificação das Equipes de Saúde da Família propiciou, além de uma avaliação criteriosa, o envolvimento dos vários atores colaboradores do sistema, como os profissionais, gestores, técnicos da SESA e usuários, a adequação e aceleração dos processos de implementação do sistema operacional e documental, estimulando melhorias contínuas através do monitoramento e recertificação das equipes.

O processo de ida até as equipes estimulou a vontade de acertar, corrigir e melhorar a qualidade de seu atendimento, despertando esperança enorme na efetiva profissionalização e consolidação da estratégia saúde da família, como mostra a ansiedade no retorno das informações, em forma de planejamento efetivo de melhorias.

SUS-ALAGOINHAS: UM MODELO DE GESTÃO / ATENÇÃO À SAÚDE PARA A (TRANS)FORMAÇÃO DE SUJEITOS E COLETIVOS

Autor principal: Washington Luiz Abreu de Jesus
Outros autores: Marluce Maria Araújo Assis; Ana Luisa Vilasbôas; Roberta Ferracuti; Maria Aparecida Silva Rodrigues; Willian Jackson Abreu de Jesus.
Instituição: Prefeitura Municipal de Alagoinhas
Município: Alagoinhas
Estado: Bahia

O presente trabalho pretende apresentar as diretrizes / premissas do modelo de gestão / atenção da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) de Alagoinhas - BA, tomando como base teórico-metodológica a co-gestão de coletivos (Campos, 2000; 2003). Realizou-se no período de janeiro de 2004 a janeiro de 2006, num conjunto de movimentos cíclicos e coordenados, de caráter reflexivo, que visaram identificar os principais problemas da gestão e da atenção à saúde no município; estabelecer uma relação dialógica entre gestores, trabalhadores e usuários, com vistas à resolução dos principais problemas político-institucionais, de situação e de estado de saúde; criar uma agenda de trabalho com vistas a desencadear ações de consolidação do SUS a partir da co-gestão de coletivos; construir diretrizes básicas e estratégias para um modelo de gestão / atenção centrado nos sujeitos. Concretizou-se pelas discussões acerca da problematização das práticas e de integração de saberes, vislumbrando a construção de uma gestão institucional democracia. As atividades foram desenvolvidas por meio de discussão em grupos, reuniões temáticas, oficinas e exposições dialogadas. Desenvolveu-se em vários passos: 1º) discussão com gestores, trabalhadores, estudantes e Conselho Municipal de Saúde (CMS) sobre o método de co-gestão de coletivos; 2º) reuniões de discussão sobre os problemas e necessidades dos diferentes setores da SESAU e o CMS; 3º) oficinas de planejamento em saúde com os técnicos do nível central da SESAU e CMS, para definir prioridades, estratégias de ação e metas; 4º) capacitação dos conselheiros de saúde, abordando temas tais como: políticas de saúde, cidadania, gestão participativa, planejamento, educação permanente, entre outros; 5º) reuniões com os setores da SESAU para acompanhar as estratégias que foram definidas pelo grupo. Como resultados preliminares foram desenvolvidos movimentos de re-estruturação administrativa; re-constituição do Conselho Municipal de Saúde, com sua ampliação e redefinição de competências; estabelecimento de uma agenda de prioridades para re-estruturação operacional e físico-logística das unidades de saúde dos diversos níveis de atenção com vistas a responder à integralidade enquanto diretriz; estabelecimento de um nexo de integração operacional entre a vigilância e a assistência à saúde; constituição do Núcleo de Educação Permanente em Saúde e do Núcleo de Educação em Urgências. A experiência aponta para a construção de um projeto coletivo articulado com a agenda da política de saúde local com vistas à consolidação de um modelo de gestão / atenção à saúde pautado no princípio da integralidade, na participação da comunidade, e no paradigma da (trans) formação dos sujeitos e coletivos dos espaços institucionais do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: sistema de saúde; participação popular; organização e administração da saúde; modelo de gestão, modelo de atenção.

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS NO MUNICÍPIO DE ALAGOINHAS – BAHIA: UMA EXPERIÊNCIA DE REGULAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA PARA A BUSCA DA EQÜIDADE E DA INTEGRALIDADE

Autor principal: Washington Luiz Abreu de Jesus
Outros autores: Ana Luiza Queiroz Vilasbôas; Daiana Cristina Machado Alves; Gladys Reis de Oliveira; José David Alcântara Cruz Filho; Nanci Nunes Sampaio Salles; Roberta Ferracuti.
Instituição: Prefeitura Municipal de Alagoinhas
Município: Alagoinhas
Estado: Bahia

Trata-se do resultado do trabalho dos Residentes da Especialização em Saúde da Família do ISC-UFBA em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Alagoinhas - Bahia, com a participação da equipe da Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação e de componentes das diretorias de Assistência à Saúde e de Auditoria em Saúde; da Atenção Básica; da Média Complexidade e do Conselho Municipal de Saúde. Teve como objetivo estabelecer um equilíbrio entre a necessidade de procedimentos básicos e de média complexidade e a oferta de serviços para os usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, bem como usuárias gestantes que realizam pré-natal, com vistas à implementação dos protocolos de atenção a estes grupos populacionais.

Desenvolveu-se em dois momentos: O primeiro, de março a setembro de 2004, com a realização de oficinas de problematização e reuniões sistemáticas com os profissionais da Atenção Básica e dos setores envolvidos com a assistência, auditoria, controle, avaliação e regulação da saúde, configurou-se num importante diagnóstico situacional que possibilitou a elaboração de matrizes e fluxogramas de acesso dos usuários e de identificação das deficiências operacionais da atenção à saúde aos diabéticos, hipertensos e às gestantes. Também neste momento se realizou o levantamento e o cálculo das necessidades da população-alvo no território das equipes de saúde da família, estabelecendo-se quantitativos mínimos de oferta a serem alcançados para a garantia da resolubilidade e busca de maior integralidade. O segundo momento, de marco a setembro de 2005, caracterizou-se pela retomada das discussões com os setores afins para a elaboração de estratégias de enfrentamento dos problemas levantados no primeiro momento, com a elaboração de matrizes analíticas de oferta e demanda, entrecruzando com elementos de gestão como a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e Pacto da Atenção Básica.

Os movimentos realizados neste momento visaram garantir a consolidação do processo de implantação dos protocolos assistenciais a estes grupos, resultando num redimensionamento da rede assistencial, com incremento de novos serviços para atender a demanda e revelação de novas necessidades estruturais. Outrossim, possibilitaram o estabelecimento de um nexo de racionalidade nos gastos com a saúde, num caráter de eficiência e efetividade para a reversão do modelo privatista instituído pela precariedade da rede assistencial própria.

Palavras-chave: Organização da rede de serviços de saúde; atenção básica; regulação em saúde; ações para a promoção da equidade; protocolos assistências.

A EXPERIÊNCIA DE UM CONTRATO COM OSCIP NA ÁREA DE PSIQUIATRIA

Autor principal: Williani Lika Akashi Inoue
Outros autores: Antonio Carlos Guimarães de Sousa Pinto / Maria Lúcia Feitosa de Lima
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Indaiatuba
Município: Indaiatuba
Estado: São Paulo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVAS

O município de Indaiatuba, Gestor Pleno do Sistema Municipal/NOB 96, possui um hospital psiquiátrico prestador de serviços ao SUS, de natureza privada, classificado como classe IV – Port.SAS/MS 53/04. Trata-se de um serviço de abrangência regional, cuja regulação está sob responsabilidade da SES/SP – DIR XII.

Tendo-o como prestador privado a Secretaria Municipal de Saúde enfrentava grande dificuldade para o desenvolvimento das melhorias físicas e assistenciais propostas pelo Ministério da Saúde através do PNASH, uma vez que o relacionamento Gestor / Prestador era pautado somente pelo contrato de compra de serviços, ou seja, meramente a compra de internações psiquiátricas.

A partir da criação de uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público / OSCIP por parte dos proprietários do hospital, o hospital foi transferido à OSCIP e ocorreu uma alteração na sua personalidade jurídica, determinante da necessidade de um nova forma de contratação, agora na forma da Lei Federal 9.790/99 ("Lei das OSCIPs"), na modalidade de um *Contrato de Gestão,* configurado no Termo de Parceria e respectivo Plano de Trabalho, exigências de Lei.

Junto com os benefícios legais previstos, a OSCIP também passou a ter a responsabilidade por atingir resultados pactuados com o Gestor, o que possibilitou a construção de um outro paradigma no relacionamento entre as partes, permitindo que critérios de avaliação da qualidade assistencial passassem a pautar rotineiramente a compra de serviços hospitalares, sob o risco de comprometer seu faturamento mensal. O avanço foi tão considerável a ponto de corresponder a um movimento do hospital em aderir aos ditames do Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (Portarias Ministeriais GM/MS 52/04 e 53/04), ao qual há grande resistência por parte dos prestadores de serviços existentes no Estado de São Paulo, além de responsabilizar-se pela abertura e funcionamento de Serviços de Residência Terapêutica para os pacientes egressos do HP.

É uma experiência já implantada desde Julho/2005, em vias de renegociação, cujos resultados estão demonstrando ser possível a construção de uma outra forma de relacionamento entre Gestor / Prestador no SUS, que ultrapasse a Tabela SUS e os valores ou as quantidades de procedimentos, que abarque todo o processo da gestão do cuidado, a gestão das pessoas envolvidas neste processo, o verdadeiro posicionamento da Instituição no Sistema Local de Saúde e a qualificação da gestão do estabelecimento assistencial, uma verdadeira experiência de "Pacto de Gestão Assistencial" em substituição ao antigo 'contrato de compra de serviços'.

PROPÓSITOS

Tem o presente a intenção de compartilhar a experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Indaiatuba, interior de São Paulo na criação e desenvolvimento de um Contrato de Gestão com o prestador de serviços ao SUS na área hospitalar / psiquiatria, sendo sua grande novidade a natureza jurídica do hospital, uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público / OSCIP. Juntamente à nova modalidade de contratação de serviços, apresenta-se o modelo de Plano de Trabalho que tem por enfoque tópicos do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares / PNASH / Psiquiatria, conseqüentemente correspondendo a uma oportunidade de impacto na qualidade da assistência hospitalar.

METODOLOGIA

O trabalho pautou-se pelo relato de um caso emblemático à relação entre Gestor do SUS / Prestador de Serviços na área hospitalar em Psiquiatria. Através desta experiência constata-se a possibilidade da modelagem de um novo paradigma na compra de serviços pelo Gestor do SUS, em vias de extensão à área de hospitais gerais.

PRODUTOS

Contextualiza-se o cenário que levou à confecção do Contrato de Gestão e são apresentados os tópicos considerados para a formatação do Plano de Trabalho, formas de pontuação, de avaliação e acompanhamento dos resultados.

Considera-se como resultado de maior significado a adesão do prestador de serviços ao Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (Portarias Ministeriais 52/04 e 53/04).

APRENDIZADO COM A VIVÊNCIA

Facilidades: a mudança da postura do hospital para mudanças efetivas com relação à auditoria; mudanças no modelo médico para modelo multidisciplinar (Projeto Terapêutico Individual) e o ouvir o paciente em suas necessidades; o modelo adquire uma nova configuração, como se fosse uma pirâmide invertida, ou seja, o topo corresponde aos pacientes, a base, ao cuidado e o centro à equipe multidisciplinar.

Dificuldades: a falta de modelos do como pensar um Projeto Terapêutico Institucional e, principalmente, Individual; seu acompanhamento e a reavaliação, ou seja existe uma cobrança pelo Ministério da Saúde e demais instâncias gestoras, mas não existe orientação formal de como fazê-lo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trata-se de uma experiência inovadora pelos seguintes motivos:

· Esta havendo a efetiva inserção do hospital na rede de serviços de saúde mental, o que antes não ocorria pela falta de uniformidade de visões quanto ao papel do hospital e das possibilidades de construção de uma outra forma de atuação, inclusive com valorização financeira.

· Estão postas condições que possibilitam uma parceria concreta atual entre o Hospital e a Secretaria de Saúde no sentido da melhoria do modelo assistencial e permitem seu acompanhamento e avaliação contínua.

• Contrato de Gestão permitiu a incorporação cotidiana dos critérios do PNASH na relação Gestor / Prestador, superando o controle meramente pela produção de procedimentos e inserindo a qualificação da gestão hospitalar nessa relação.

• Mudanças importantes ocorridas:

• Criação do grupo de humanização e adesão à PNH

• Criação de novas oficinas terapêuticas

• Criação de Ouvidoria no Hospital pautando o relacionamento Hospital / Cliente

• Adequação de áreas físicas com impacto na ambiência hospitalar

• Criação de espaço para discussão das questões referentes aos trabalhadores do Hospital e para educação continuada e permanente do RH, como embrião de uma política institucional de Gestão de Pessoas

• Desenvolvimento de parcerias com empresas da cidade como, por exemplo, a implantação de oficina de treinamento em informática para os pacientes, no sentido do desenvolvimento de práticas de re-inserção social do egresso do Hospital e da incorporação de uma outra forma de cuidado aos internados

• Estímulo e desenvolvimento de equipes de voluntários, contribuindo à criação de uma outra imagem do hospital psiquiátrico e do paciente portador de patologias mentais perante a sociedade

• Adesão efetiva à proposta do Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS:

- com redução da quantidade de leitos, em conformidade às Port. GM/MS 52/04 e 53/04 (compromisso de reduzir 14% do total de leitos em 1 ano)

- abertura de Serviços de Residência Terapêutica em co-responsabilidade do Hospital e do Gestor

- integração entre os serviços próprios municipais e o hospital

CRÉDITOS

Mostra Nacional de

CRÉDITOS

1ª EXPOGEST
MOSTRA NACIONAL DE VIVÊNCIAS INOVADORAS DE GESTÃO NO SUS

COORDENAÇÃO GERAL
André Luis Bonifácio de Carvalho
Lumena Almeida Castro Furtado
Ana Lúcia Pereira
Adriana Nunes de Oliveira

COORDENAÇÃO GERAL DA MOSTRA
Mariângela Aoki

ASCOM – ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
Marylene Rocha de Souza

COMISSÃO COORDENADORA DA MOSTRA - PARCEIROS

SVS
Ivenise Leal Braga
SAS
Cristiano Mundins F. Martins
Moacir Araújo da Silva
Sonia Saldanha
Ubirajara Sampaio Mota
SGEP
Esdras Daniel
José Luis Riani CostaMaria Carmem Kell
Simione Silva
SCTIE
Alvimar Botega
SGTES
Henrique Antunes Vitalino
Mariângela de Almeida Mota
ANVISA
Kassandra de F. Rodrigues
Moyses Diskin
FUNASA
Irani Maria Silva Ferreira Marques
CNS
Eliane Cruz
CONASEMS
Afra Suassuna Fernandes
CONASS
Rita Cataneli
OPAS
Luciana Chagas
Rosa Silvestre
CGPE/GM
Adinan Trovo
Marylene Rocha Souza

COORDENAÇÃO INFRA-ESTRUTURA E LOGÍSTICA
Renata Barbosa Santos

COORDENAÇÃO DAS ATIVIDADES CULTURAIS
Raquel Turci Pedroso

WEBDESIGN
Ires Lane da Silva Alves

ORGANIZAÇÃO CAFÉ COM IDÉIAS / HOMENAGEM ELEUTÉRIO RODRIGUEZ NETO
Alexsandro Dias

ORGANIZAÇÃO EXPOSIÇÃO DOS PÔSTERES
Isabel Senra
Márcia de Oliveira Delgado
Mércia Gomes Oliveira de Carvalho
Rochelle Ferraz

ORGANIZAÇÃO EXPOSIÇÃO FOTOS E ARTES
Adriana Nunes de Oliveira
Juliana Diniz Barros

ORGANIZAÇÃO SISTEMA INFORMATIZADO
Laércio Ribeiro Gonçalves

ORGANIZAÇÃO VÍDEOS
Kristiane do Rego Pereira
Stefanie Kulpa

ORGANIZAÇÃO GRANDES CONVERSAS
Denise Maria Fonseca

ORGANIZAÇÃO VOTAÇÃO DE PÚBLICO
Ires Lane da Silva Alves
Fábio Assunção

ORGANIZAÇÃO RODAS DE CONVERSA
Débora Bertussi
Débora Benchimol Ferreira

FACILITADORES DAS RODAS DE CONVERSA
Adriana Nunes de Oliveira
Amarílis Maria Muscari
Ana Lúcia Camargo
Ana Maria Carvalho Shneider
Ana Maria Costa
Andreza Cardoso Fialho Santos
Beatriz Figueiredo
DobashiCarlos Armando
Débora do Carmo
Elaine Maria Giannoti
Elizabete Vieira Matheus da Silva
Elizabeth Maria MoriJacinta de Fátima Senna
Janaína Bonifácio de Almeida
João Marcelo Barreto Silva
José Ivo dos Santos Pedrosa
José Luiz Riani Costa
Joselito Pedrosa
Maria Arindelita Neves de Arruda
Maria Auxiliadora da S. Benevides
Maria Cristina Buareto
Maria Cristina de Oliveira Marques
Maria da Conceição Magalhães
Maria do Carmo Gomes Kell
Maria Gorete Gonçalves Selau
Maria Luisa Campolina
Márcia Batista de Souza Muniz
Otaliba Libânio de Moraes Neto
Paula Losada Ravaneli
Raimunda Nina Carvalho Cordeiro
Samia Nadf Melo
Sandro Gerardi
Serafim Barbosa Santos Filho
Sheila Leite
Simione de Fátima César da Silva
Tereza de Jesus Martins

RELATORES DAS RODAS DE CONVERSA
Abigail Reis
Ana Cristina Carvalho Curvina
Ana Márcia de Oliveira Fonseca
Daniel Borini Zemuner
Danielle Soares Cavalcante
Débora do Carmo
Débora Homem de Mello Nogueira
Déo Costa Ramos
Elizabeth Maria Mori
Esdras Daniel dos Santos Pereira
Flávia Regina de Morais
Gabriela Jacarandá Alves
Gessyanne Vale Paulino
Iandara de Moura Silva
Isabel dos Reis Silva Oliveira
Karla de Araújo Ferreira
Maria Auxiliadora de S. Benevides
Maria Batista de Medeiros
Maria Edimilza da Silva
Mary Anne Fontenele Martins
Moacir Araújo da Silva
Osvaldo Peralta Bonetty
Sandro Gerardi
Serafim Barbosa Santos Filho
Simone Barcelos dos Santos
Simone Lacerda Pedersoli
Sheila Frez
Soraya Teixeira
Tatiana Lionço
Teresa de Jesus Martins
Zênite da Graça Bogéa de Freitas

COORDENAÇÃO DA CNSP – COMISSÃO NACIONAL DE SELEÇÃO E PREMIAÇÃO
Alexandre Nemes Filho

COMISSÃO NACIONAL DE SELEÇÃO E PREMIAÇÃO

Afra Suassuna Fernandes - CONASEMS
Alcides S. Miranda - UFC
Alexandre Nemes Filho - FMUSP
Alice de Carvalho Telles - UFPB
Aquilas Mendes - ABRES
Carmem Teixeira - UFBA
Cipriano Maia - UFRN
Dario Frederico Pasche - UNIJUÍ
Inessa França Malaguth - MS
Liane Beatriz Righi - UNIJUÍ
Lindemberg Medeiros de Araújo - UFPB
Luciana Chagas - OPAS
Márcia Lotufo - UFMT
Marco Akermanm - FMABC
Maria Cecília Galletti - UNISO
Maria de Fátima Souza - UNB
Maria do Carmo Gomes Kell - MS
Maria José Evangelista - CONASS
Odete de Godoy Pinheiro – PUC-SP
Paulo de Tarso - UFPA
Pubenza L. Castellanos - MS
Regina Auxiliadora de Amorim Marques - UMESP
Rubens Kon - FMUSP
Sarah Escorel - FIOCRUZ

AGRADECIMENTOS A TODOS QUE TORNARAM POSSÍVEL A REALIZAÇÃO DA 1ª EXPOGEST, EM ESPECIAL DESTACAMOS

Abadia Francisca Araújo Silva
Adriana de Medeiros Cavalcanti
Adriana Martins Pereira
Altiva Cristina da Silva
Ana Maria Oliveira
Auriman Cavalcante
Celícia Guerra Queiroz
Cristiane Vasconcelos Cruz
Dora Tomé
Eisenhower Bonfim Pereira
Eliane Cunha
Fernando de Souza
Geane Rodrigues Costa Ribeiro
Henrique Froes
Jane Carneiro Rola
João Batista Geovanini da Silva
José Joel S. Lima
Júlio César Cordeiro de Oliveira
Juracema Gomes de Medeiros Rodrigues
Kátia Ern
Layana Lelis Lima
Leonardo Pimentel
Letícia de Oliveira Fraga
Lívio Oliveira Adelino de Lima
Lúcia Vânia Cardoso de Oliveira
Luciana Botelho de Souza
Lucivan Corrêa Bernado
Manoel Ramos Macedo
Márcia Brandão Gonçalves
Nádia Maria Machado Nascimento
Rita Cataneli
Rozana Suleide
Rozuila Maura Cunha S. Oliveira
Sérgio Ricardo Schierholt